



HAL
open science

Promotion de la santé des mères et des nouveau-nés : réduire les inégalités sociales de santé

Annabelle Pierron

► **To cite this version:**

Annabelle Pierron. Promotion de la santé des mères et des nouveau-nés : réduire les inégalités sociales de santé. Santé publique et épidémiologie. Université de Lorraine, 2019. Français. NNT : 2019LORR0259 . tel-02558251

HAL Id: tel-02558251

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02558251>

Submitted on 1 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE

BioSE



ECOLE DOCTORALE BioSE

BIOLOGIE, SANTÉ et son ENVIRONNEMENT
ED 266

THESE

présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du titre de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Mention Science de la Vie et de la Santé

par **Annabelle PIERRON**

le 16 décembre 2019

Promotion de la santé des mères et des nouveau-nés : réduire les inégalités sociales de santé

Rapporteurs

Élisabeth MONNET

Professeure des Universités, épidémiologie. INSERM, CIC 1431.
Université de Franche-Comté.

Élodie RAZY

Professeure des Universités, anthropologie. LASC, IRSS, UMR
8177, CNRS, EHESS. Université de Liège.

Examineurs

François ALLA

Professeur des Universités, santé publique. INSERM. UMR 1219
CIC-EC 1401. Université de Bordeaux, **directeur de thèse.**

Laurence FOND-HARMANT

Docteure en sociologie. Chercheure Associée au Laboratoire
d'Éducation et de Pratiques en Santé. Université de Paris 13, **co-
directrice de thèse.**

Bernard KABUTH

Professeur des Universités, psychologie de la santé. EA 4432.
Université de Lorraine.

Élisabeth SPITZ

Professeure des Universités, psychologie de la santé. EA 4360.
Université de Lorraine.

Patrick TABOURING

Docteur en médecine. Université du Luxembourg.

Invité

Jean-Pierre DESCHAMPS

Professeur honoraire, santé publique. École de santé publique.
Université de Lorraine.

EA 4360 APEMAC « Maladies chroniques, santé perçue et processus d'adaptation. Approches épidémiologiques et psychologiques ». Faculté de Médecine, Université de Lorraine, 9 avenue de la Forêt de Haye, CS 50184, 54505 Vandœuvre-Lès-Nancy Cedex.

Thèse préparée dans le cadre du Réseau doctoral en santé publique animé par l'EHESP.

Remerciements

Merci à Monsieur Jean-Pierre Deschamps pour votre générosité et les opportunités de rencontres que vous m'avez offertes.

Merci à Madame Laurence Fond-Harmant et Monsieur François Alla pour votre confiance, vos enseignements et votre soutien infailible.

Merci aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Merci à Monsieur Francis Guillemin pour m'avoir accueillie au sein du laboratoire.

Merci à Monsieur Patrick Menu pour m'avoir permis d'intégrer l'école doctorale.

Merci à Monsieur Bernard Jégou et Madame Judith Mueller pour m'avoir accueillie au sein du réseau doctoral.

Merci à Monsieur Gérard Neyrand, Monsieur Bernard Kabuth et Monsieur Claude Martin pour vos éclairages experts.

Merci à Anne Laurent pour nos fructueux et chaleureux échanges et les opportunités que tu m'as offertes.

Merci à Lucile Hervouet pour ta collaboration.

Merci à tous les parents et professionnels qui ont accepté de contribuer à cette recherche, et particulièrement à Sophie, Marina et Jean-Louis, Marion et Hugo.

Merci à Mélinda, Ilse, Isabelle et Hassan, pour m'avoir ouvert la voie de la recherche.

Merci à mes collègues Emmeline et Fabienne pour votre amitié et vos nombreuses contributions.

Merci à Aline, Blandine, Élisabeth, Laurence, Catherine, Cosette, Guy, Marie-Paule pour vos encouragements.

Merci à mes amis doctorants Maud, Morgane, Narimane, Solenn, Jonathan, Mélanie, Gloria et mes amis de théâtre, tout particulièrement Jocelyn, Alexia, Ester, Elie, Bao, Myriam pour nos bons moments partagés.

Merci à toutes les mères que j'ai rencontrées et qui ont nourri la force de faire aboutir ce projet.

Merci à Virginie, Marina, Rachel, Fred pour votre amitié et soutien illimités.

Enfin, merci à Valentin, Salomé et Zacharie pour votre amour et votre soutien.
Je dédie ce travail à mes parents.

Avant-propos

La santé périnatale, et particulièrement l'accompagnement à la parentalité sont considérés comme des éléments clés de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Cependant, les modalités de contribution des interventions et organisations d'accompagnement à la parentalité visant à la réduction des inégalités sociales de santé, ainsi que la prise en compte de ces dimensions par les parties prenantes restent à analyser. En tant que sage-femme et titulaire d'un master de santé publique, j'ai décidé de consacrer mon doctorat à cette problématique.

Après une première partie rappelant la problématique des inégalités sociales de santé, le manuscrit présente mon travail de recherche composé de deux volets :

- une revue des revues de la littérature,
- complétée par un travail empirique d'enquête de terrain.

Des éléments de perspectives clôturent ce manuscrit.

Ce travail a fait l'objet d'un article publié et d'un article soumis pour publication (présentés en annexes).

Table des matières

1. Introduction générale	7
1.1. Du constat des disparités à la notion d'inégalités sociales de santé	7
1.2. Les déterminants des inégalités sociales de santé	8
1.3. Les leviers efficaces	11
1.5. Problématique de recherche.....	15
2. Objectif de la thèse.....	15
2.1. Objectif général.....	15
Dans cette recherche et dans ce mémoire, la parentalité a été considérée dans sa définition la plus large, comme « la fonction d'être parent en y incluant à la fois des responsabilités juridiques telles que la loi les définit, des responsabilités morales telles que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives »[33].....	
2.2. Objectifs spécifiques	16
3. Méthodes.....	16
3.1. Revue systématique.....	16
3.1.1 Schéma d'étude.....	17
3.1.2. Sélection des articles.....	18
3.1.3. Analyse documentaire	19
3.2. Évaluation réaliste	23
3.2.1. Concepts et méthode réalistes	23
3.2.2. Études de cas multiples	25
3.2.2.1. Méthode de collecte des données	26
i. Corpus documentaire.....	26
ii. Questionnaires	26
iii. Entretiens.....	27
3.2.2.2. Méthode d'analyse des données.....	28
i. Données documentaires.....	28
ii. Données issues des questionnaires	28
iii. Données issues des entretiens.....	28
3.2.3. Synthèse	28
3.2.4. Considérations éthiques	29
4. Résultats de la revue de littérature.....	30
4.1. Synthèse des connaissances basées sur les preuves.....	30
4.3. Caractéristiques principales des interventions	34
4.4. Prise en compte des inégalités sociales de santé dans les revues de la littérature	37
5. Résultats de l'évaluation réaliste.....	41
5.1. Théorie initiale	41
5.2. Contextes des deux cas étudiés	43
5.2.1. Repères législatifs et organisationnels en France.....	45
5.2.3. Données sociodémographiques	47

5.2.4. Principales interventions	47
5.3. Données issues des questionnaires	49
5.4. Données issues des entretiens	50
5.4.1. Universalité	51
5.4.2. Temporalité et continuité des actions	52
5.4.4. Crainte des services sociaux	54
5.4.5. Influence et concurrence	54
5.4.6. Coordination des professionnels.....	55
5.4.7. Contraintes professionnelles.....	55
5.5. Synthèse des études de cas.....	56
6. Synthèse	57
6.1. Synthèse des principaux enseignements de la revue	57
6.1.1. Approche individuelle versus structurelle	57
6.1.2. Approche contextualisée et transférabilité	57
6.1.3. Intégration de la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les actions et dans la recherche	57
6.2. Synthèse des principaux enseignements des études de cas.....	58
6.3. Synthèse globale : théorie de moyenne portée	59
6.4. Discussion	63
6.5. Forces et limites	65
6.6. Perspectives.....	66
Abréviations.....	68
Références	68
Liste des figures.....	73
Liste des tableaux.....	73
Annexes.....	74
<i>Annexe I. Supporting parenting to address social inequalities in health : a synthesis of systematic reviews.</i>	74
<i>Annexe II. Supporting parents to fight against social inequality in health : realist protocol</i>	101
<i>Annexe III. Questionnaires enquête auprès des parents</i>	125
<i>Annexe IV. Guide d'entretien des professionnels.....</i>	142
<i>Annexe V. Valorisation scientifique</i>	144
Articles dans des revues à comité de lecture.....	144
Communications orales nationales	144

Promotion de la santé des mères et des nouveau-nés : réduire
les inégalités sociales de santé

1. Introduction générale

1.1. Du constat des disparités à la notion d'inégalités sociales de santé

Depuis quatre décennies, les données épidémiologiques ont amené à s'interroger sur l'environnement social comme facteur explicatif de la santé.

Fin des années 1970, les données longitudinales de plus de 17000 fonctionnaires londoniens ont montré la relation entre le niveau d'emploi, les facteurs de risque coronaire et la mortalité par maladie coronarienne. Ces travaux, illustrés par la *figure 1*, montrent que les facteurs de risque liés aux comportements individuels tels que l'hypercholestérolémie, le tabagisme ou l'hypertension artérielle n'expliquent qu'une petite part du risque de mortalité par maladie cardiovasculaire, et surtout que la part inexpliquée s'accroît lorsque décroît la position hiérarchique dans l'échelle des emplois [1].

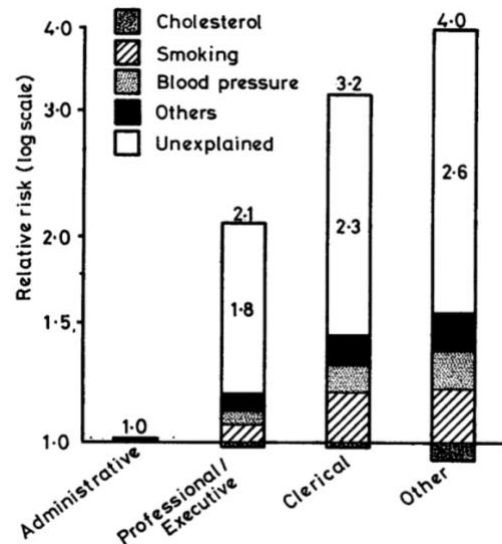


Figure 1. Risque relatif de mortalité cardiovasculaire, selon l'emploi (standardisé sur l'âge). Issue de Marmot et al. 1978.

Depuis, les études n'ont cessé de confirmer le lien entre statut social et état de santé. Ainsi, en 2009-2013, en France, l'écart entre l'espérance de vie des diplômés du supérieur et des non-diplômés est de 7,5 ans chez les hommes et 4,2 ans chez femmes [2,3]. Alors que l'espérance de vie ne cesse de s'accroître, ces écarts ne s'atténuent pas, voire même tendent à s'aggraver comme l'illustre la *figure 2*. [3] :

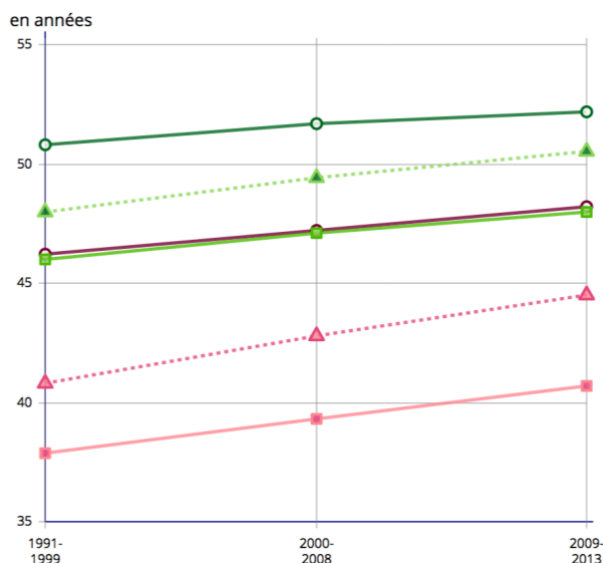


Figure 2. Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe et par diplôme. Issue de Blanpain 2016.

Ainsi, la notion d'inégalités sociales et territoriales de santé a émergé, définie par des écarts injustes et importants de santé que l'on enregistre entre groupes sociaux ou territoires. Les inégalités sociales de santé (ISS) sont considérées comme évitables et injustes parce qu'elles sont la conséquence d'une distribution inégale des déterminants sociaux de la santé [4].

Les inégalités sociales de santé se distinguent des inégalités de santé (par exemple liées à la différence entre jeunes et personnes âgées) parce qu'elles sont liées à la hiérarchisation des groupes sociaux : elles sont évitables et donc injustes. En matière d'équité en santé, Whitehead M. a montré que les différences de santé observées au sein de la population sont pour certaines évitables et injustes parce qu'elles sont liées aux déterminants sociaux [5].

Ces inégalités ne se limitent pas au groupe le plus vulnérable mais les différences suivent un gradient socialement stratifié : les groupes de personnes occupant une position socio-économique donnée ont une santé meilleure que celles ayant une position inférieure, et ces dernières ont une santé meilleure que celles ayant une position encore inférieure. La problématique des inégalités sociales de santé n'est donc pas réductible à la santé des plus pauvres. Ce gradient social occupe toute l'échelle de distribution socio-économique, il touche donc l'ensemble de la population.

Les inégalités sociales de santé sont considérées aujourd'hui comme un enjeu majeur de la politique de santé ; ainsi en France, la stratégie nationale de santé 2018-2022 inscrit la lutte contre les inégalités sociales de santé comme l'un de ses axes prioritaires.

1.2. Les déterminants des inégalités sociales de santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : les déterminants sociaux de la santé « sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes de soins qui leur sont offerts. À leur tour, ces circonstances dépendent d'un ensemble de forces plus vastes : l'économie, les politiques sociales et la politique. » [6].

L'état de santé est donc en lien avec des déterminants structurels, très en amont des comportements individuels.

Le modèle d'Evans et Stoddart [7,8] montre une « hétérogénéité des états de santé, que les conséquences attribuées aux modes de vie et aux comportements à risque, individuels, ne peuvent expliquer » [9].

De très nombreux déterminants sociaux de la santé ont été identifiés. A titre d'exemple, le Centre de Collaboration National des Déterminants de la Santé canadien a listé ces déterminants comme suit :

- genre,
- sexe et identité sexuelle,
- race et racisme,
- origine ethnique,
- ascendance autochtone,
- colonisation,
- expérience migratoire,
- religion,

- culture,
- discrimination, exclusion sociale et inclusion sociale,
- éducation, alphabétisation et littératie,
- connaissances en santé,
- emploi et conditions de travail,
- emploi et sécurité d'emploi,
- revenu et sécurité du revenu,
- développement de la petite enfance,
- incapacité, invalidité et déficience,
- alimentation et sécurité alimentaire,
- logement (abordable et de qualité),
- milieu naturel et cadre bâti,
- filet de protection sociale, protection sociale,
- accès aux services et aux soins de santé,

(disponible sur <http://nccdh.ca/fr/glossary/entry/determinants-sociaux-de-la-sante>)

Ces déterminants sont inter-reliés, et sont considérés comme relevant d'une séquence causale : du déterminant direct de l'état de santé (par exemple le comportement), au déterminant de déterminant (ou facteur direct, par exemple l'environnement favorable à l'adoption du comportement), au déterminant de déterminant de déterminant (ou facteur indirect, par exemple la politique publique ayant favorisé l'implantation d'environnements favorables).

Les modèles les plus utilisés pour présenter les déterminants sociaux de la santé prennent en compte les caractères multiniveaux de ces déterminants. Par exemple le modèle de Whitehead et Dahlgren [10] distingue trois niveaux concentriques : le niveau des caractéristiques individuelles, le niveau des déterminants liés aux interactions sociales et aux conditions de vie, et la catégorie de déterminants que sont les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales générales.

La commission des déterminants sociaux de l'OMS a proposé un schéma faisant aujourd'hui référence [4] (*figure 3*):

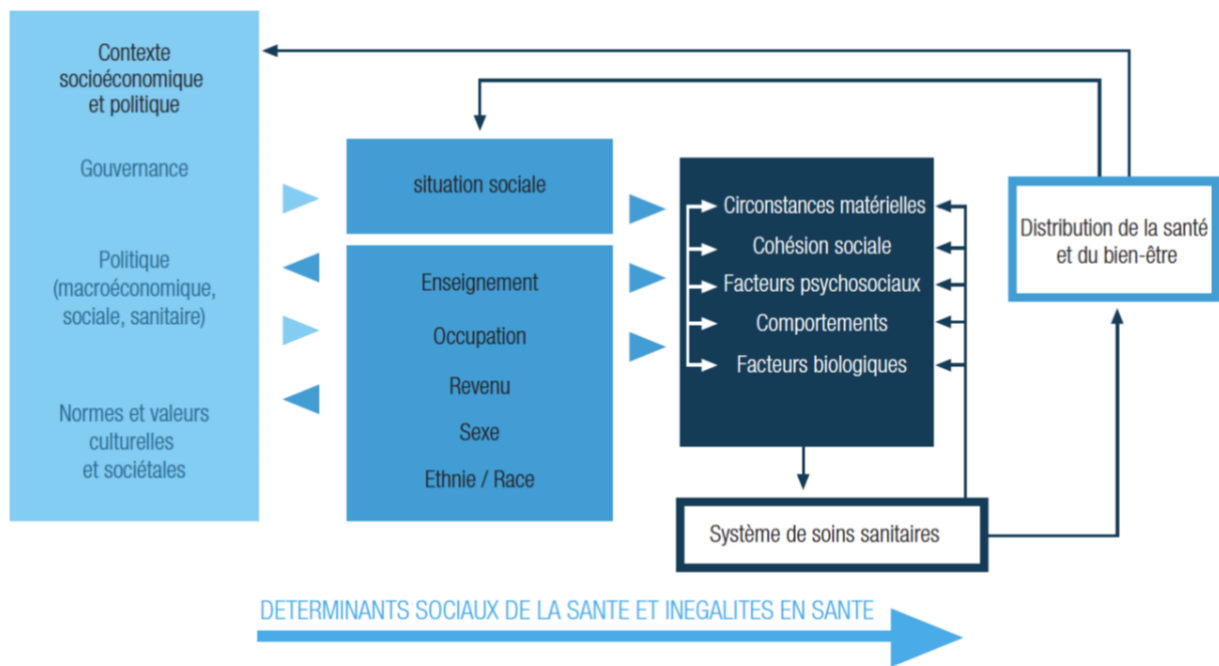


Figure 3. Cadre conceptuel de la Commission de déterminants sociaux de la Santé, OMS. Tiré et modifié de Solar et Irwin, 2007.

Les déterminants sociaux de la santé s'accumulent et s'enchaînent au long de la vie comme l'illustre cette la *figure 4* empruntée à Lang T. [11]:

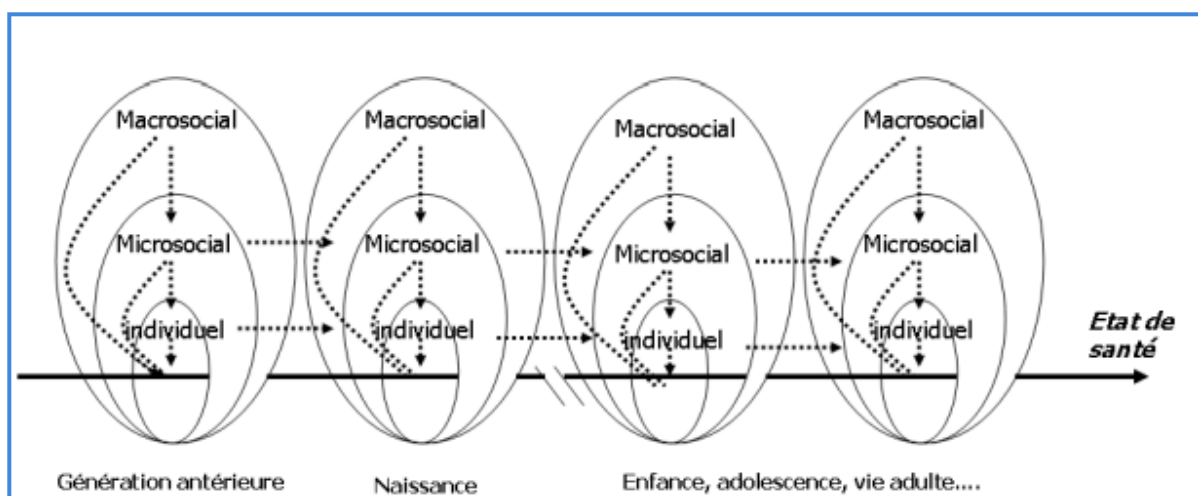


Figure 4. Environnements et comportements au cours de la vie. Liens avec la santé.

Sur le plan physiopathologique, les recherches les plus récentes mettent en évidence une explication biologique à la genèse et au renforcement des inégalités sociales de santé [7–13]. Les études en épidémiologie biographique (*long life epidemiology*) ont montré que le début de la vie constitue un moment particulièrement sensible, ces travaux rejoignent les travaux épigénétiques confirmant le lien entre les conditions de vie de la petite enfance et la santé à l'âge adulte. En particulier, le stress anténatal et néonatal influence négativement le développement [17–23]. Durant la vie intra utérine, l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien interagit avec l'expression des gènes via des méthylations. Le cortisol, hormone du stress, crée des modifications épigénétiques chez le fœtus. Les conséquences sur des

maladies chroniques ultérieures sont aujourd'hui étudiées et sont connues sous le nom d'hypothèse de Barker [24].

1.3. Les leviers efficaces

La commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé a énoncé en 2009 des recommandations pour agir sur ces déterminants. Les actions recommandées sont structurelles :

- « Améliorer les conditions de vie quotidienne
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources
- Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action ».

Particulièrement, le rapport décrit la nécessité d' « instaurer l'équité dès le début de la vie en permettant à tous les enfants et toutes les mères de bénéficier d'un ensemble complet de programmes de qualité » [4].

Au-delà des leviers de lutte contre les inégalités sociales de santé, les modalités des stratégies d'action font débat. En effet, les groupes sociaux les plus favorisés sont souvent les premiers et principaux bénéficiaires des actions universelles lorsqu'elles s'adressent à la population générale [25]. Les actions universelles tendent à augmenter les écarts entre les groupes sociaux. En France, les politiques de lutte contre le tabagisme en France en sont un exemple, comme le montre ces résultats présentés dans la *figure 5* :

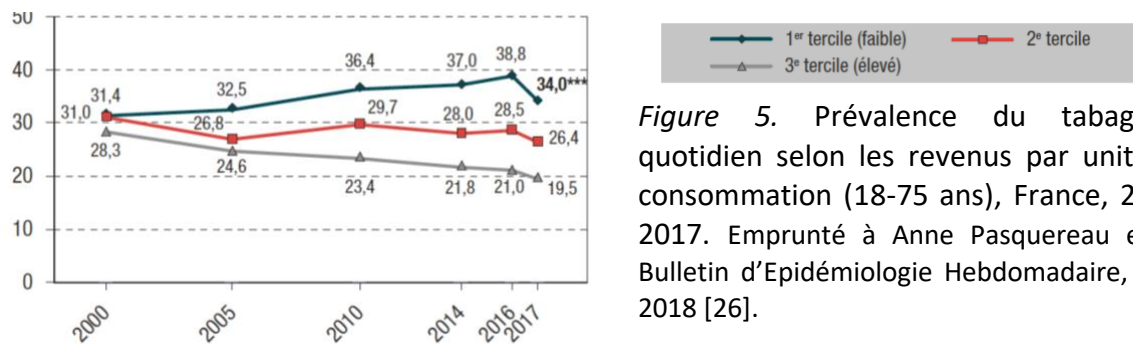


Figure 5. Prévalence du tabagisme quotidien selon les revenus par unité de consommation (18-75 ans), France, 2000-2017. Emprunté à Anne Pasquereau et al. Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire, mai 2018 [26].

Ces résultats montrent « la différenciation sociale de l'appropriation de la prévention » qui est identifiée dans plusieurs champs « de la prévention primaire (l'alimentation, la vaccination), secondaire (le dépistage du cancer) ou tertiaire en termes d'inégalités territoriales de l'offre et de l'accès aux programmes » [25].

Égalité en santé et équité en santé sont deux notions distinctes. Lise Rochoaix et Sandy Tubeuf précisent : « l'égalité est jugée à la lumière de critères normatifs d'équité et partagée entre les inégalités jugées inéquitables et les inégalités dites attendues, légitimes ou acceptables. » « Le concept de l'équité rejoint la définition du bien-être individuel, qui serait trop restrictive

si elle ne prenait en compte qu'un seul attribut. Les économistes soutiennent une définition du bien-être basée sur plusieurs déterminants tels que le revenu, la santé, l'éducation, etc. » [27].

Michael Marmot, président de la commission des déterminants de la santé préconise d'agir universellement mais selon des modalités ou une intensité proportionnelle aux besoins de chaque groupe social [4]. Il a proposé ainsi des stratégies dites d'universalisme proportionné. La figure 6. empruntée au *Guide d'optique et d'équité* [28] illustre ces notions :

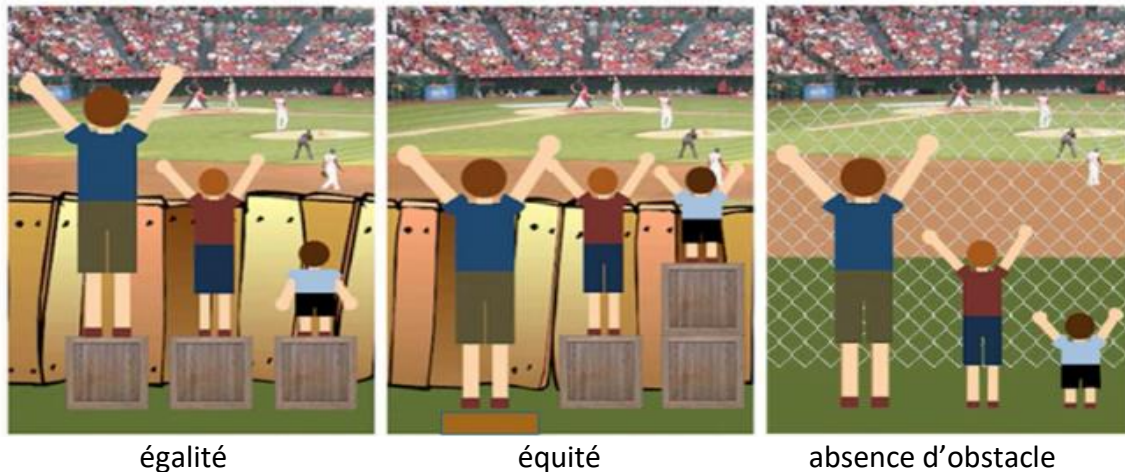


Figure 6. Notions relatives à l'universalisme proportionné.

Cependant, les démarches ciblées et proportionnées font débat : définir des seuils, des critères de catégorisation sociale soulèvent des questions éthiques [25].

1.4. Les inégalités sociales de santé : périnatalité et enjeux

Les connaissances actuelles issues de l'épidémiologie sociale, l'épidémiologie biographique et l'épigénétique convergent toutes vers un intérêt fondamental pour la santé périnatale lorsqu'il s'agit de lutter contre les inégalités sociales de santé. Il s'avère essentiel de s'interroger sur la considération des inégalités sociales de santé dès le début de la vie.

Promouvoir la santé des femmes enceintes et mères est donc essentiel et l'accompagnement à la parentalité est l'une des principales stratégies efficaces pour y contribuer [29–32].

La période périnatale a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance. EURO-PERISTAT a constitué une liste des indicateurs de santé périnatale pour les pays européens. Ils sont regroupés en quatre thèmes : la santé foetale, néonatale et infantile, la santé maternelle, les caractéristiques de la population et les facteurs de risque, et les services de santé.

La parentalité est un terme né il y a une cinquantaine d'années, sa définition diffère selon le champ dans lequel il est utilisé : sociologique, juridique, psychologique, éducatif [33]. En effet, d'une part la parentalité ne relève pas uniquement du ressort individuel des parents [34,35], d'autre part la parentalité est unique pour chacun, affectée par les attentes culturelles et sociétales, les modes de vie [36]. Béatrice Lambloy montre que le terme est polysémique et propose dans le champ de l'action politique et sociale de se référer au dictionnaire d'action sociale qui indique : « la parentalité apparaît comme un terme spécifique du vocabulaire médico-psycho-social qui désigne de façon très large *la fonction d'être parent* en y incluant à la fois des responsabilités juridiques telles que la loi les définit, des responsabilités morales telles que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives »[33].

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) énonce des recommandations concernant les principaux dispositifs de prise en charge français et leur coordination allant du projet de grossesse au retour à la maison après la naissance.

En période prénatale :

-**L'entretien prénatal précoce** : « permet de coordonner les actions des professionnels autour de la femme enceinte, impliquer la femme et le couple dans une démarche d'évaluation, d'éducation et d'orientation (...), repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide » [37–39].

-**Les séances de préparation à l'accouchement** : le document de référence de bonne pratique s'intitule « préparation à la naissance et à la parentalité »

-**Le suivi clinique et paraclinique** : la prise en charge, et le transfert éventuel, dans une maternité adaptée au risque pour la santé de ma mère et ou de l'enfant.

Pour l'accouchement et durant le séjour à la maternité :

-**Accouchement** : des recommandations précises pour la prise en charge clinique. Le document de référence de bonne pratique s'intitule « accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales ». Des recommandations sont déclinées pour des situations cliniques particulières dans des documents complémentaires (en lien avec la césarienne, l'hémorragie du *post partum*...)

Après la naissance :

-**le suivi postnatal précoce à domicile**. Dans un contexte de « bas risque », les sorties précoces (à 72h heures après l'accouchement par voie basse) sont encouragées, accompagnées d'un

suivi avec un professionnel référent (médecin généraliste, sage-femme). Le document de référence de bonne pratique est intitulé « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés ». Cependant, dans ces recommandations, la problématique des inégalités sociales de santé n'est pas explicitée.

En France, la prise de conscience de l'importance de l'accompagnement à la parentalité en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé s'est notamment concrétisée par l'édition de deux rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, proposant des pistes d'action en matière de lutte contre inégalités sociales de santé (2011) [40], et particulièrement dans la période de la petite enfance (2015) [41]. Ce dernier rapport rappelle qu'en France, la prématurité est deux fois plus élevée chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (taux de 6.4% contre 3.9%). La proportion des enfants hypotrophes est de 10.8% pour les femmes en situation de précarité, contre 7% pour les autres [41]. Ces données nationales de santé périnatale rejoignent des données européennes montrant le lien entre niveau d'éducation des mères et faible poids gestationnel et la prématurité [42]. Les pistes principales proposées dans ce rapport sont :

- connaître et rendre visibles les inégalités sociales de santé dans l'enfance en développant une meilleure connaissance du gradient social, et étudiant la faisabilité d'exploiter des données territorialisées ;
- comprendre les mécanismes de constitution des inégalités sociales de santé dans l'enfance pour mieux identifier les leviers d'action. Il est proposé de réaliser des suivis de cohorte pour comprendre l'imbrication entre les déterminants de la santé et la façon dont ils agissent. Il est préconisé de mobiliser l'expertise collective. Les recherches sur l'efficacité des actions nécessitent d'être développées ;
- construire la stratégie autour de grands principes d'action.

Le rapport précise des principes fondamentaux encadrant les actions à mener :

Les autorités publiques contribuant à la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé intègrent dans leur action les principes suivants :

- *les actions en direction des enfants et de leurs familles sont organisées selon une logique d'universalisme proportionné : tout ménage peut disposer du même socle d'intervention, complété par des prestations spécifiques en fonction de ses besoins particuliers. Ces besoins doivent être appréciés le plus individuellement possible, de façon à ce que l'accompagnement des familles ne conduise pas à une stigmatisation de populations qui seraient considérées « à risque » ;*
- *une priorité est donnée à l'action la plus précoce possible en direction de l'enfant et de la famille ;*
- *les actions menées doivent prendre en compte conjointement, autant que possible, les besoins des enfants et ceux de leurs familles ;*
- *la place donnée aux parents dans les milieux de vie de l'enfant et dans les actions menées à leur endroit est un critère d'appréciation de la qualité des dispositifs mis en œuvre. Elle ne doit pas se contenter de proposer une information, mais offrir une participation active aux parents et plus largement aux personnes en charge de l'enfant ;*
- *identifier des facteurs protecteurs ou néfastes pour la santé n'autorise pas la prescription de comportements aux personnes ;*

– l'appui à la fonction parentale ne doit pas conduire les professionnels à se substituer aux parents dans la relation avec l'enfant. [41]

Très récemment, à l'automne 2019, le gouvernement a mis en place la Commission des 1000 premiers jours de la vie de l'enfant, en référence au rapport de l'UNICEF [43]. La commission réunit un comité d'experts composé de chercheurs et spécialistes en neuropsychiatrie, obstétrique, pédiatrie, néonatalogie, médecine générale, psychiatrie, psychologie et maïeutique. Le comité est « chargé de travailler conjointement avec les acteurs, pour formuler des préconisations sur les politiques publiques qui peuvent être menées ».

Le Ministère des Solidarités et de la Santé « légitime un investissement le plus précoce possible en accompagnant au mieux les parents pour répondre de manière adaptée aux besoins de leurs enfants. » (tiré du communiqué de presse du 19 septembre 2019, disponible sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé).

1.5. Problématique de recherche

Les inégalités sociales de santé sont majeures et ne se réduisent pas, particulièrement en France. Parmi les leviers d'action, l'accompagnement à la parentalité constitue une stratégie considérée comme efficace.

De très nombreuses actions, organisations, politiques d'accompagnement à la parentalité sont conçues, mises en œuvre et évaluées. Cependant, demeure la question essentielle de la prise en considération des inégalités sociales de santé dans ces démarches.

Les évaluations de ces interventions (en particulier conduites par des chercheurs) prennent-elles en compte la dimension des inégalités sociales de santé ? Les acteurs de l'accompagnement à la parentalité et les décideurs en santé intègrent-ils la dimension des inégalités sociales de santé dans leurs pratiques et décisions ?

2. Objectif de la thèse

2.1. Objectif général

L'objectif de cette recherche était d'élaborer un cadre conceptuel établissant les conditions de réussite des interventions, politiques et organisations d'accompagnement à la parentalité visant à réduire ou prévenir les inégalités sociales de santé pour la mère et l'enfant dans la période périnatale.

Alors qu'il existe de nombreuses interventions efficaces dans le cadre de l'accompagnement à la parentalité, et que cet accompagnement est vu comme un levier efficace de réduction des inégalités sociales de santé, notre hypothèse était que les inégalités sociales de santé ne sont pas explicitement prises en compte par les acteurs, les chercheurs et les décideurs du domaine.

Dans cette recherche et dans ce mémoire, la parentalité a été considérée dans sa définition la plus large, comme « la fonction d'être parent en y incluant à la fois des responsabilités juridiques telles que la loi les définit, des responsabilités morales telles que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives »[33].

Dans cette recherche et dans ce mémoire, nous utilisons le terme intervention dans son acception la plus large incluant les actions, programmes, organisations, dispositifs, politiques de santé.

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques consistaient à :

1. Analyser les composantes et caractéristiques des interventions efficaces relatives à l'accompagnement à la parentalité,
2. Évaluer la prise en compte des inégalités sociales de santé dans le cadre de ces interventions,
3. Élaborer une théorie d'intervention caractérisant les interventions d'accompagnement à la parentalité qui contribuent à réduire les inégalités sociales de santé.

Pour répondre à ces objectifs nous avons réalisé une revue systématique de la littérature et une évaluation de type réaliste basée sur une étude de cas multiples.

Pour répondre à ces trois dimensions des objectifs spécifiques, nous avons procédé comme suit:

1. La revue de littérature a permis de répondre à l'objectif spécifique 1 et a contribué à l'objectif spécifique 2 du point de vue de la recherche.
2. L'étude de cas a permis de répondre à l'objectif spécifique 2. Cette approche complémentaire de la revue de littérature scientifique a permis d'explicitier le fonctionnement contextualisé des interventions.
3. A partir de la littérature nous avons proposé une première théorie. Enfin, à partir de la capitalisation de l'ensemble des investigations, nous avons proposé théorie affinée par étude de cas de type réaliste.

3. Méthodes

3.1. Revue systématique

De nombreuses revues de la littérature ont été effectuées dans le domaine de l'accompagnement à la parentalité. Pour cette raison, nous avons choisi pragmatiquement d'effectuer une revue des revues plutôt qu'une revue de travaux individuels.

3.1.1 Schéma d'étude

Les étapes de sélection, admissibilité et inclusion ont été conduites et sont présentées selon le modèle Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) [14,42,43].

La population étudiée était celle des femmes enceintes, des parents de nouveau-nés et des nouveau-nés (d'âge élargi jusqu'à 3 ans, avant scolarisation). Les interventions concernaient la promotion de la santé périnatale et plus particulièrement des programmes et actions d'accompagnement à la parentalité considéré sous l'angle des disciplines potentiellement concernées : l'obstétrique, la pédiatrie, la psychologie, la sociologie, l'éducation, la santé publique au sens large. Les comparateurs ne concernaient pas cette étude. Tous les résultats ont été recueillis, qu'ils soient favorables ou non, en les évaluant selon leurs effets sur les inégalités sociales de santé, effets psychosociaux et effets sur la santé perçue. Toute durée des interventions a été considérée. Le *tableau I*. présente les critères PICOTS [50] sur lesquels reposent les termes de la stratégie de recherche.

Tableau I. Critères PICOTS, définition de la question de recherche

P	Population	Femmes enceintes Parents de nouveau-né Nouveau-nés
I	Intervention	Santé périnatale : actions et programmes en lien avec l'accompagnement à la parentalité
C	Comparateur	Ne concerne pas cette étude
O	Outcomes	Résultats favorables ou défavorables. Mesures de résultat : effets psychosociaux, effets sur la santé perçue
T	Temporality	Aucune durée d'intervention n'est considérée
S	Setting	Actions isolées ou coordonnées <ul style="list-style-type: none"> - environnement hospitalier - lieu d'exercice (ville) - services municipaux, services départementaux pour l'action médico-sociale - associations et professionnels

Une recherche systématique a été réalisée sur les bases Cochrane, PubMed et PsycINFO principales bases de données scientifiques en santé référençant potentiellement des revues de littérature. Les mots clés référencés dans le MeSH (Medical Subject Heading) reposaient sur les concepts de promotion de la santé périnatale, inégalités sociales de santé, déterminants sociaux de la santé, accompagnement à la parentalité et programmes de santé relatifs à l'accompagnement à la parentalité (*tableau II*).

Tableau II. Mots clés de la recherche documentaire

concepts	mots-clés du MeSH ^a	synonymes ^b	MeSH anglais ^c	synonymes en anglais
promotion de la santé périnatale	promotion de la santé	promotion* santé	health promotion	promotion* of health health promotion*
	périnatologie	périnatalité médecine périnatale	perinatology	
promotion de la santé	promotion de la santé		health promotion	promotion of health
lutte contre les inégalités de santé	disparités d'accès aux soins	autorestriction devant les soins inégalité* devant les soins difficulté* d'accès aux soins*	healthcare disparit*	health care disparit* healthcare inequalit*
	inégalités sociales de santé	disparités d'accès aux soins	health care disparit*	healthcare inequalit* healthcare disparit*
	disparités de l'état de santé facteurs socioéconomiques	inégalités de l'état de santé inégalités	health status disparities socioeconomic factors	health status disparity inequalities inequity
déterminants sociaux de la santé	déterminant social de la santé		social determinants of health	health social determinants
programme de santé relatif à l'accompagnement à la parentalité	pratiques éducatives parentales	éducation par les parent* comportement* parenta*	parenting	parenthood
	politique de santé	éducation* parentale* fonction* parentale* politique* de santé publique politique en matière de santé	health policy	health polic*

^a MeSH : medical subject heading

^b synonymes : mots-clés apparaissant dans l'arborescence Mesh mais non retenus

^c MeSH anglais : résultats produits par le CISMEF (catalogue des index des sites médicaux de langue française) à partir des mots MeSH français

*: troncature le développement limité

Les formules de recherche combinaient les termes suivants: ((parenting OR parenthood) AND ("support")), ((parenting OR parenthood) AND ("health promotion")), ((children) AND "health promotion" AND parent*) OR ((parenting OR parenthood) AND ("health promotion")), ((children) AND "health promotion" AND parent*) OR ((parenting OR parenthood) AND ("equity")), ((parenting AND parenthood) AND (inequit*)), ((parenting AND parenthood) AND "health inequit*"), ((parenting OR parenthood) AND (social*determinant*)) et (parenting OR parenthood) AND(disparit*)).

Chacune des formules de recherche standardisée a été reproduite pour l'ensemble des bases de données, à partir des titres, résumés et mots clés, pour les revues en langue française et anglaise publiées entre janvier 2009 et septembre 2016.

3.1.2. Sélection des articles

Les documents retenus sont les synthèses de littérature publiées en langue anglaise ou française, dans des revues à comité de lecture, entre 2009 et 2016. La date de 2009 se justifie par la publication par l'OMS du rapport de la Commission des Déterminants de la Santé [4]. Les interventions relatives à la prématurité, à une pathologie ciblée, ou qui concernaient des enfants d'âge scolaire, tout comme les revues de revues ont été exclues. Les articles faisant l'objet de doublons ont été retirés. La raison du rejet des études non retenues a fait l'objet d'une note pour chacune d'elles.

Une étude pilote a été réalisée en mai 2016, à partir d'un échantillon d'articles, afin de valider le protocole : pertinence de la formule de recherche, critères de sélection, cohérence de l'évaluation des différents membres de l'équipe de travail.

Le texte complet des articles sélectionnés a fait l'objet d'une lecture méthodique et standardisée, répondant à chacun des items AMSTAR (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews) [27] et des critères ROBIS complémentaires [51].

Les revues ne répondant pas à ces critères de qualité méthodologique ont été exclues.

Toutes les revues retenues ont été incluses, que leurs résultats soient favorables ou non, pour exclure un biais de publication sélective des résultats. La littérature grise et les

recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé et le National Institute for Health and Clinical Excellence ont fait l'objet d'une étude exploratoire et n'ont pas été retenues dans cette revue, ne répondant pas aux objectifs de l'étude. Les revues de revues ont été exclues.

3.1.3. Analyse documentaire

L'ensemble du processus a été réalisé par la doctorante, supervisée par trois experts en santé publique et en sciences sociales. L'exactitude et le caractère exhaustif des données ont été validés par les experts. Les cas de divergence ont fait l'objet de discussion à la recherche d'un consensus et ont été documentées.

Les revues incluses dans la revue de littérature ont été analysées en deux étapes, à partir du texte intégral, sans retour sur les articles princeps ayant donné lieu à la revue de littérature. Dans un premier temps, les données probantes ont été compilées dans un tableau synthétique décrivant les caractéristiques des interventions et programmes.

La seconde étape a consisté à analyser les revues au regard de leur prise en considération des inégalités sociales de santé en s'appuyant sur l'outil PRISMA-equity [38]. Il s'agit d'une extension des lignes directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), élaborée par le groupe Campbell et Cochrane et dont le but est de considérer la notion d'équité dans les revues. A partir des titre, résumé, introduction, méthode, résultats et discussion, chacun des éléments constituant les revues de littérature a été décomposé et analysé afin de dégager la prise en considération, par les auteurs, des notions d'équité.

Un total de 796 publications a été obtenu à partir de la recherche documentaire. Après retrait des doublons entre les trois bases de données, et exclusion des articles traitant de la prématurité, de pathologies maternelles et infantiles, ou des enfants de plus de trois ans, seuls 32 articles ont été sélectionnés. L'étape suivante a permis d'exclure les articles ne répondant pas aux critères de qualité méthodologique AMSTAR (Assessment of Multiple SysTemAtic Reviews) [52] et ROBIS (*tableau III*) ; ont été exclus les articles ne respectant pas la majorité des critères décrits . Enfin, après une analyse approfondie, 21 articles ont été inclus dans le corpus (*figure 7*).

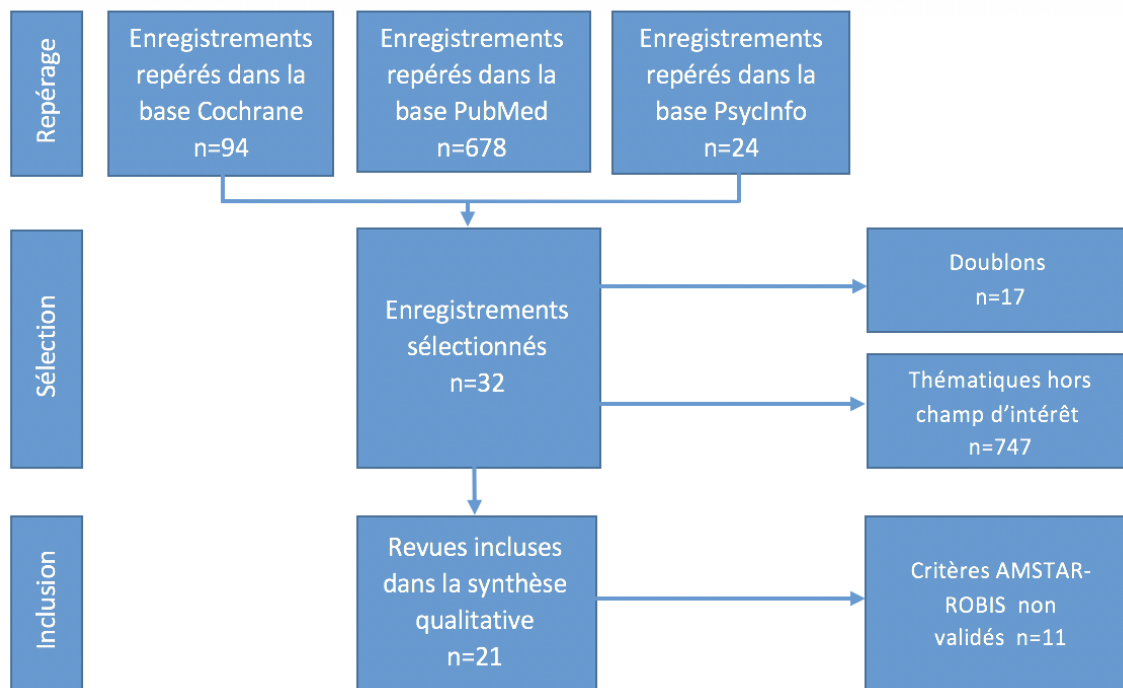


Figure 7. Étapes de sélection des articles : diagramme de flux

Tableau III : Lecture critique des revues de littérature validées selon les critères AMSTAR et ROBIS.

Tableau III. *Lecture critique des revues de littérature validées selon les critères AMSTAR et ROBIS.*

References	a priori search plan	review adhere to pre-defined objectives and eligibility criteria (ROBIS*)	all pre-defined analyses reported or explain (ROBIS*)	selection of studies, data extraction & 2 people	exhaustive literature search	nature of publication / inclusion criteria	list of (included and excluded) studies provided	indication of study characteristics	evaluated and recorded scientific quality of included studies	scientific quality of included studies / formulation of conclusions	methods for combining results from suitable studies	evaluation of probability of publication bias	declaration of conflicts of interest
Miller S, Maguire L, K. Macdonald. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. Cochrane systematic reviews. Dec 2011.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Barlow J, Smallegic N, Hubbard N, Roboff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. Cochrane systematic reviews. May 2014.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Barlow J, Smallegic N, Bennett C, Hubbard N, Jones H, Cohen E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Barlow J, Bergman H, Korner H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Byranton J, Beck CT, Montplaisir W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Bennett C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Titinen S, Homanen R, Lindfors P, Riiusuvuori J. Approaches used in investigating family support in transition to parenthood. Health Promot Int. 2014 Sep;29(3):18-27.	yes	yes	yes	yes	yes	inadequate description of method	included yes	yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned
Lakshman R, Ogilvie, Ong KK. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. Arch Dis Child. 2009 Aug;94(8).	yes	yes	yes	not known	yes	yes	included yes	yes	yes, summary table	yes	yes, narrative method	not mentioned	not mentioned
Entsieh A, Halstrom I. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation- A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. Midwifery. 2016 Aug;39:1-11.	yes	yes	yes	not known	yes	yes	included yes	yes	yes, reference PRISMA criteria	yes, reference PRISMA criteria	yes	not mentioned	none declared
Weish J, Strazdins L, Ford L, Friel S, O'Rourke K, Carbone S, Carion L. Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. Health Promot Int. 2015 Sep;30 Suppl 2:136-76.	yes	yes	yes	not known	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned	project supported by the Australian Research Council
Panter-Brick C, Burgess A, Eggerman M, McAllister F, Pruett K, Leckman J. Practitioner Review: Engaging fathers – recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. J Child Psychol Psychiatry. 2014 Nov; 55(11): 1187–1212.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes	yes, reference PRISMA and where, when, how analysis	yes, reference PRISMA and where, when, how analysis	yes, narrative method according to thematics + summary tables	not mentioned	not mentioned
Poole MK, Seal DW, Taylor CA. A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention. Health Educ Res. 2014 Jun;29(3):388-432.	yes	yes	yes	yes	discussed	yes	included yes	yes	yes	yes	yes, narrative method according to thematics + summary tables	yes	none declared
Midcald D, Park AL. Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. Health Promot Int. 2011 Dec;26 Suppl 1.	yes	yes	yes	not known	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes, narrative method according to thematics + summary tables	not mentioned	study supported by the European Parliament research programme
Perry M, Beceera F, Kavanagh J, Serne A, Vargas E, Bezemil V. Community-based interventions for improving maternal health and for reducing maternal health inequalities in high-income countries: a systematic map of research. Global Health. 2015 Jul 1;10:63.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned	MASCOE supported by the European Commission's Seventh Framework Programme

Tableau III. Lecture critique des revues de littérature validées selon les critères AMSTAR et ROBIS suite.

References	a priori search plan	review adhere to pre-defined objectives and eligibility criteria (ROBIS *)	all pre-defined analyses reported or departures explain (ROBIS *)	selection of studies, data extraction ≥ 2 people	exhaustive literature search	nature of publication / inclusion criteria	list of (included and excluded) studies provided	indication of study characteristics	evaluated and recorded scientific quality of included studies	scientific quality of included studies / formulation of conclusions	methods for combining results from suitable studies	evaluation of probability of publication bias	declaration of conflicts of interest
Momson J, Pihart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. BMC Public Health. 2014 Oct 6;14:1040.	yes	yes	yes	assumed because references to PRISMA but not found	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Plotowski CC, Talavera GA, Mayer JA. Healthy Steps: a systematic review of a preventive practice-based model of pediatric care. J Dev Behav Pediatr. 2009 Feb;30(1):91-103. Health & Place, Vol 29, Sep, 2014 pp. 34-42.	yes	yes	yes	not known	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned
Van Vuuren C. L., Reijnenveld S. A., Van der Wal M. F., Verhoeff A. P. Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics in child (0-18 years) health studies: A review. Health & Place, Vol 29, Sep, 2014 pp. 34-42.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned	not mentioned
Gilmer C, Buchan J, L, Letourneau N, Bennett C, T, Shanker S, G, Fenwick A, Smith-Chant B. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. International Journal of Nursing Studies, Vol 59, Jul, 2016 pp. 118-133.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned	none declared
Greens N, Vandembroeck M. The (ab)sense of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. Child & Family Social Work, 19: 491-500. 2014.	yes	yes	yes, but not clearly	not known	yes	yes	included yes	yes	no	yes	yes, thematic analysis	not mentioned	not mentioned
Spitzer G, Xuereb R.B, Carrick-Sen D, Kanner E, Martin C.R. Preparation for parenthood: a concept analysis. Journal of Reproductive and Infant Psychology, Vol 32(2), Mar, 2014 pp. 148-165.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes, in the analysis	yes	no	yes, written record	not mentioned	not mentioned
Halford W., Kim Petch J. Couple Psychoeducation for New Parents: Observed and Potential Effects on Parenting. Clinical Child and Family Psychology Review, Vol 13(2), Jun, 2010 pp. 164-180.	no	not clearly	yes, but not clearly	not known	not known	not known	included yes	yes, in the analysis	yes	yes	yes, thematic analysis, summary tables and written record	not mentioned	not mentioned

*: tendency to publish experiments that obtained positive results to the detriment of those that obtained negative results

3.2. Évaluation réaliste

3.2.1. Concepts et méthode réalistes

Ray Pawson et Nick Tilley ont créé une approche méthodologique appelée évaluation réaliste [53] pour contribuer à comprendre le fonctionnement des interventions. L'évaluation réaliste constitue une des méthodes pour comprendre et théoriser « *comment fonctionnent les interventions complexes et dans quelles circonstances* » [53].

Il s'agit d'enquêter au plus près des acteurs et des populations concernées, sur le terrain où les interventions se déroulent, pour expliciter les mécanismes de fonctionnement. Théoriser le fonctionnement des interventions consiste à émettre des hypothèses à partir de données de la littérature, puis confronter ces hypothèses aux données empiriques recueillies sur le terrain d'enquête [54]. Plusieurs entités associant des éléments contextuels aux résultats, expliqués par des mécanismes sont constituées, ce que Ray Pawson et Nick Tilley nomment les « configurations Contexte-Mécanisme-Résultat ». La figure 8. *Configurations Contexte-Mécanisme-Résultats* schématise comment l'intervention dépend du contexte et interagit avec lui .

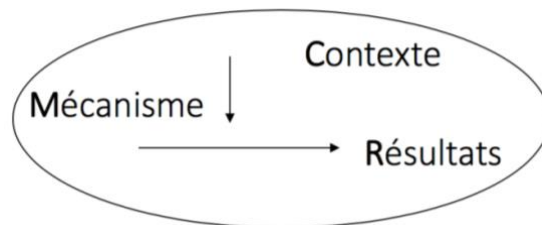


Figure 8. Configurations Contexte-Mécanisme-Résultats. Emprunté à Blaise, 2010

Un procédé itératif de retour vers la théorisation puis d'analyse de données empiriques permet d'affiner progressivement la théorie.

Ainsi, des hypothèses réajustées, nouvelles, appelées hypothèses de moyenne portée sont énoncées, considérant les éléments contextuels pouvant expliquer comment l'intervention impacte le changement et vice-versa. La confrontation à des contextes différents permet d'enrichir la théorie par ce procédé d'itération : il s'agit de réaliser plusieurs études de cas. De théorie intermédiaire en théorie intermédiaire, des régularités dans la relation entre le contexte, le mécanisme et les effets de l'intervention apparaissent.

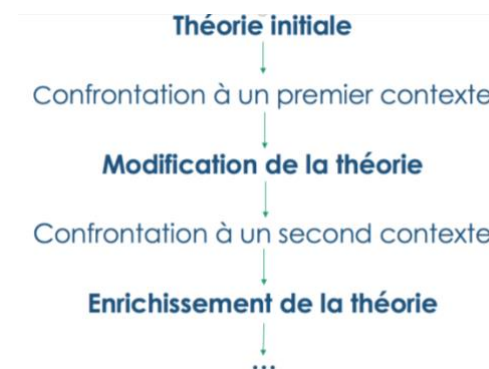
Étapes du procédé itératif de l'évaluation réaliste

-Une évaluation réaliste commence par circonscrire le mécanisme que l'on veut étudier. Une première théorie explicative du fonctionnement et de la logique d'intervention est formulée, sur la base de la littérature.

- Ensuite à l'aide d'études de cas, cette théorie est confrontée à différents contextes où se mécanisme a été appliqué.

La première étude de cas cherche à expliciter comment le mécanisme a fonctionné et les résultats attendus et non attendus qu'il a produits. On observe dans quelle mesure la théorie se vérifie dans le contexte particulier de cette situation. On peut ainsi enrichir la théorie.

- On procède ainsi à une deuxième étude de cas d'une intervention similaire dans un autre contexte. Au fil des études de cas on peut enrichir et affiner la théorie initiale. Il s'agit d'identifier des régularités de comportement d'un même mécanisme. Les théories sont provisoires, c'est un processus sans fin.



- La théorie affinée, intermédiaire, est utilisable non pas pour être généralisée mais pour inspirer la conception d'interventions qui font appel aux mêmes mécanismes

Les concepts clés de l'évaluation réaliste dont il est question dans ce chapitre sont définis dans le *tableau IV*.

Tableau IV. Quelques concepts clé de l'évaluation réaliste, en référence à Valéry Ridde et al.

Mécanisme	Élément du raisonnement de l'acteur en réponse à une intervention. Un mécanisme : 1- est généralement caché 2- est sensible aux variations de contexte 3- produit des effets.
Configuration C-M-R	Outil conceptuel pour relier les éléments du contexte, les mécanismes et les résultats d'une intervention.
Théorie de moyenne portée (théorie affinée)	Niveau d'abstraction théorique permettant d'expliquer les tendances et les régularités observées dans les interactions contexte-mécanisme-effet d'un ensemble d'interventions.

Adapté de Astbury and Leeuw, 2010; Blaise, Marchal, Lefèvre and Kegels, 2010, ;Pawson and Tilley, 1997.

La méthode d'évaluation réaliste sur laquelle cette étude repose a été présentée en détail dans le protocole soumis pour publication (*annexe II*). Brièvement, elle comporte trois étapes :

1. Élaboration de la théorie initiale à partir de la revue de littérature
2. Étude de cas multiples afin de confronter les hypothèses initiales aux données empiriques recueillies sur le terrain d'enquête
3. Synthèse faisant apparaître des configurations entre le contexte, mécanismes et résultats, qui apparaissent comme des régularités dans les deux cas étudiés, constituant la théorie affinée.

La *figure 9*. présente le cycle de l'évaluation réaliste que nous avons mise en œuvre.

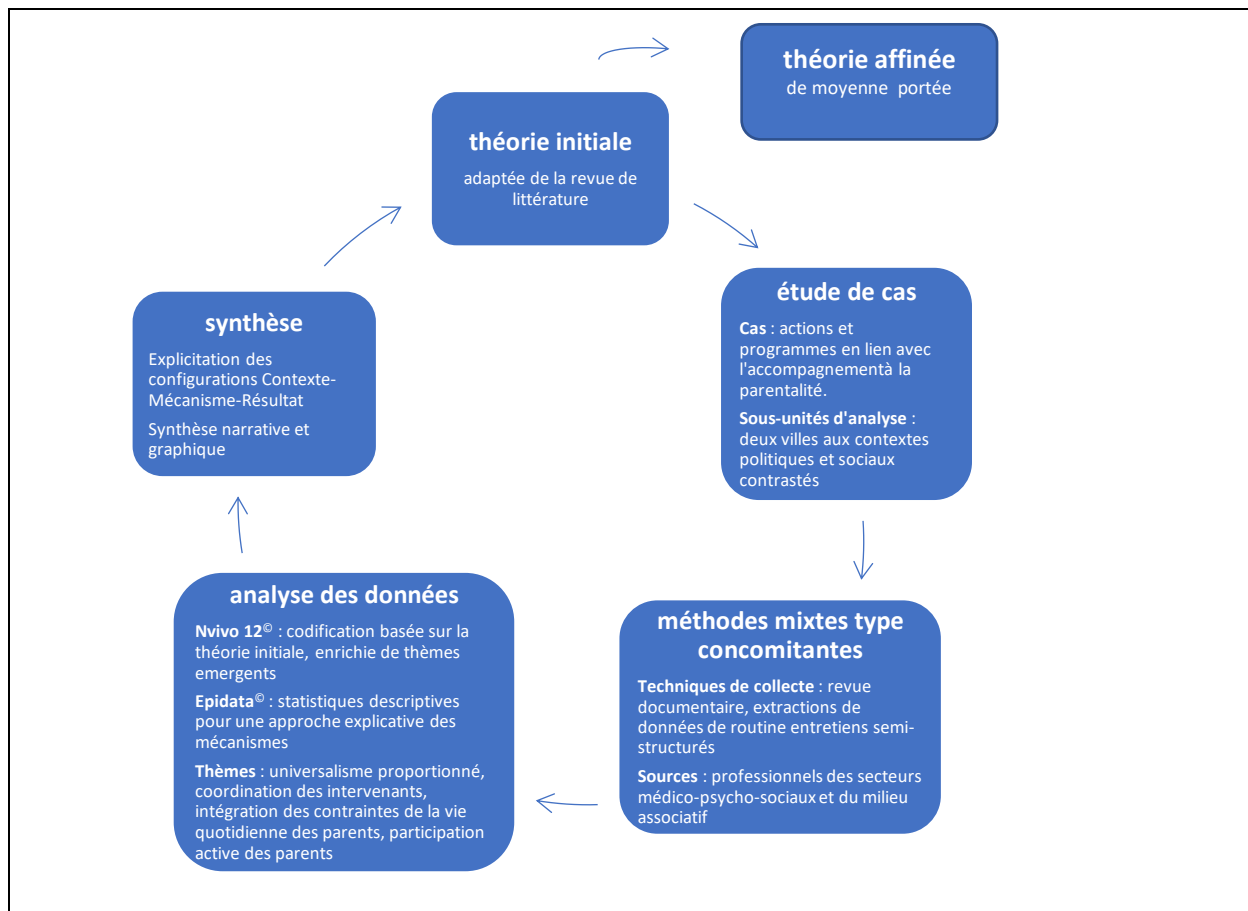


Figure 9. Cycle de l'évaluation réaliste de l'organisation des interventions d'accompagnement à la parentalité

3.2.2. Études de cas multiples

Les interventions d'accompagnement à la parentalité étaient d'intérêt pour cette recherche lorsqu'elles répondaient aux critères suivants :

- lieu : se déroulaient dans les villes de Esch-sur-Alzette ou de Longwy.
- temporalité : concernaient la période périnatale, de la grossesse à la première année de l'enfant.
- public visé : étaient destinées aux mères, pères et couples parentaux, aux nouveau-nés et nourrissons jusqu'à un an.
- modalités : prenaient la forme de consultation, de visite à domicile, de réunion de groupe ou de colloque singulier.

- promoteur : étaient proposées par des professionnels de santé maternelle et infantile et de la psychologie, du secteur social, du secteur de l'éducation ; exerçant en libéral, en milieu hospitalier, au sein de centres médico-sociaux.
- objectif : dont le but pouvait être d'améliorer le bien-être, les connaissances, les compétences, la confiance en soi.

Les interventions concernées par cette recherche étaient :

- Les consultations de suivi médical prénatal
- Les consultations et visites à domicile prénatales de support psycho- socio-éducatif
- Les séances de préparation à la naissance
- Les visites à domicile en *post partum* immédiat
- Les consultations de suivi pédiatrique
- Les groupes de parole, conférences thématiques .

Nous avons choisi deux terrains géographiquement différents pour tester les hypothèses initiales ; chacun de ces terrains constituant un cas. Les études de cas permettent de comprendre les interrelations entre le contexte social de vie des parents et professionnels et les interventions. Les deux cas présentent des contextes à la fois proches, parce que européens et cependant différents puisque soumis à des politiques et sociétés contrastées. L'organisation des actions et programmes en lien avec l'accompagnement à la parentalité dans une ville a été définie comme un cas d'étude. Nous avons choisi Esch-sur-Alzette et Longwy parce que ces villes présentent des variations en termes d'organisation et de choix de politiques de santé différenciés.

3.2.2.1. Méthode de collecte des données

i. Corpus documentaire

L'enquête de terrain a débuté par la description du contexte général des deux villes à partir de bases de données épidémiologiques et sociodémographiques. Ensuite, la collecte de flyers mis à disposition dans les maternités et centres médico-sociaux a permis de cerner les principales interventions. Les informations contenues dans les flyers ont été complétées par la consultation des sites internet des institutions, et la lecture de leur rapport d'activité.

ii. Questionnaires

Élaboration des questionnaires

La genèse des outils d'enquête, questionnaires et affiches, a nécessité un long travail. La recherche et la sélection d'indicateurs en lien avec la lutte contre les inégalités sociales de santé a nécessité un travail collaboratif associant deux sociologues, une sage-femme, une femme enceinte, une mère de deux enfants dont un de moins d'un an, et un couple père-mère de deux enfants âgés de 2 ans et 6 mois. Pour débiter, un entretien libre autour de l'adaptation des interventions aux besoins a été mené individuellement avec chacun des parents-pilote. Une liste d'indicateurs a été élaborée conjointement, puis le questionnaire a été élaboré. Ce questionnaire a été testé auprès des 4 parents-pilotes avant validation. Une dernière étape de traduction en quatre langues a achevé l'élaboration des questionnaires.

Le questionnaire était structuré en deux parties :

-contexte de vie des parents en termes de : revenus personnels et du foyer, partage des tâches familiales, partage entre vie professionnelle et vie de famille et en termes également de réseau de soutien personnel.

-connaissance et recours aux actions d'accompagnement à la parentalité.

Des affiches invitant les parents à participer à l'enquête ont été déclinées en langue française, allemande, portugaise, arabe et anglaise.

Diffusion des questionnaires et affiches

Les parents étaient recrutés sur de multiples lieux permettant de diversifier les moments d'enquête entre le temps grossesse et la première année de vie du nouveau-né : consultations privées, maternités, lors de visites à domicile, avec l'aide de professionnels exerçant en milieu hospitalier, en consultation privée, au sein de structures associatives.

Les questionnaires étaient mis à disposition par des professionnels connaissant le protocole de l'étude ; une fois complétés, ils étaient renvoyés par voie postale à l'équipe de recherche.

iii. Entretiens

Élaboration de la grille d'entretien

La grille d'entretien aborde la présentation des interviewés, la description de leurs activités en lien avec l'accompagnement à la parentalité, leurs partenaires professionnels pluri et interdisciplinaires, la coordination de leurs actions, leurs représentations concernant l'adaptation de l'activité à la diversité des demandes parentales.

Les entretiens étaient semi-dirigés, c'est à dire reposant sur un guide de recueil, tout en proposant des questions ouvertes.

Recrutement des professionnels

Il a été demandé aux professionnels de participer à un entretien individuel ou en groupe. Les professionnels rencontrés en groupes étaient invités à un entretien individuel complémentaire.

Pour convenir des rendez-vous, les professionnels ont été sollicités par téléphone, messagerie électronique et courrier papier en fonction des circonstances. L'ensemble des personnels des maternités a été informé du protocole d'étude et a été sollicité pour participer à l'enquête. Tous les professionnels de santé libéraux réalisant le suivi obstétrical, pédiatrique ou *post partum* des deux villes ont été contactés : 1 médecin généraliste, 6 pédiatres, 10 obstétriciens, 6 sages-femmes. 25 professionnels exerçant au sein des maternités et associations ont été sollicités par l'intermédiaire de leur chef de service. C'est sur la base du volontariat et de l'anonymat que le recrutement a eu lieu.

Les acteurs de terrain ont été interrogés sur leur lieu d'exercice, ou *via* un entretien téléphonique lorsque l'organisation ne permettait pas de rencontre physique.

Questionnaire et grille d'entretiens sont présentés en *annexes III et IV*.

3.2.2.2. Méthode d'analyse des données

i. Données documentaires

Le corpus documentaire permet de décrire les interventions dans leur contexte. En effet, les informations disponibles sur les sites internet des institutions permet d'analyser la prise en considération des inégalités sociales de santé dans les programmes proposés. L'objectif est de comprendre ces informations en complément des données issues des entretiens, pour analyser si les actions, activités, programmes divers prennent en compte la diversité du public visé. Notamment, ces interventions sont-elles universelles, ciblées, graduelles ?

Nous avons recueilli des données disponibles sur les bases de données de référence statistique que sont l'Institut National de Statistique de d'Études Économiques (INSEE), Eurostat, Europeristat, institut national de la STATistique et des Etudes EConomiques du Grand-Duché de Luxembourg (STATEC) afin de décrire le contexte en termes épidémiologique et sociodémographique. Cette étape a permis de comprendre dans quel contexte général les politiques, programmes et actions s'inscrivent. La recherche d'indicateurs à l'échelle des deux villes a permis de préciser les profils sociodémographiques locaux.

ii. Données issues des questionnaires

Les données issues des questionnaires ont été gérées par le logiciel Epidata[®]. Un masque de saisie a permis de coder les réponses à l'ensemble des questions. Des statistiques descriptives ont permis de broser le portrait des répondants et procéder à une analyse des réponses en lien avec les connaissances des actions, leur satisfaction de l'offre proposée, le besoin d'y recourir et les données liées au contexte de vie des parents. Ces dernières reposaient sur des critères de composition de la famille, de niveau d'études et de revenus, de description du réseau de soutien personnel.

iii. Données issues des entretiens

Les enregistrements des entretiens individuels et en groupe ont été entièrement retranscrits et gérés par le logiciel Nvivo 12[®]. L'analyse des verbatim a été menée selon les recommandations d'une spécialiste de l'analyse de contenu en sciences sociales, Laurence Bardin [56].

Le codage reposait sur les thèmes sélectionnés lors de l'énoncé de la théorie initiale [55] en lien avec la prise en considération des inégalités sociales de santé. Les mécanismes retenus au préalable à tester portaient sur :

- les caractéristiques en lien avec l'universalisme proportionné,
- la coordination des intervenants,
- l'intégration des contraintes de la vie quotidienne des parents,
- la participation active des parents.

3.2.3. Synthèse

L'ensemble des informations issues des collectes documentaires, quantitatives et qualitatives permet de comprendre les interactions entre les besoins les parents, l'offre des professionnels, dans le cadre des politiques de santé. Ce sont des configurations de Contexte-Mécanisme-Résultats hypothétiques qui permettent de rendre visibles les leviers d'action au regard des inégalités sociales de santé : il s'agit de constituer la théorie affinée, dite théorie

de moyenne portée. L'ensemble des données quantitatives et qualitatives a été considéré ensemble, afin de faire comprendre comment, pourquoi et pour qui les programmes et actions pouvaient lutter contre les inégalités sociales de santé, en faisant émerger les interrelations entre le contexte et les résultats.

Pour parvenir à révéler les interactions entre les éléments, nous avons procédé en plusieurs étapes. Nous avons commencé par classer les extraits de *verbatim* selon les mécanismes de la théorie initiale auxquels ils renvoient. Par exemple, pour le mécanisme « coordination des intervenants », ont été regroupés les éléments en lien avec les réunions de travail, les relais interprofessionnels issus des *verbatim* ; et des éléments du corpus documentaire liés à la stratégie nationale de santé publique.

Ensuite, autour de ces groupes de *verbatim*, les éléments contextuels qui potentiellement pourraient les influencer ont été recherchés. Pour garder le même exemple, certains éléments de contexte ont été « les formations permettent de partager un langage commun » issu de la description des pratiques des professionnels à travers les *verbatim*, ou encore « le réseau périnatal discute et édite des recommandations » issu du corpus documentaire.

A cette étape de l'analyse, nous avons classé les éléments de *contexte*, et de *mécanisme*, et des résultats ont été mis en relation *via* des cartes heuristiques autour de mots clé. Les cartes heuristiques constituent un outil idéal pour concrétiser les liens entre les éléments.

Peu à peu des éléments en interaction ont permis de mieux comprendre « qui fait quoi pour qui et comment ». Les *verbatim* ont été lus plusieurs fois faisant apparaître certains éléments classés tantôt comme liés au contexte, tantôt liés au mécanisme dans le cadre d'une autre articulation C-M-R. Par exemple, « je ne participe pas aux réunions » est le résultat de « je travaille déjà beaucoup et je n'ai pas de temps à y consacrer », a été aussi un élément de contexte pour un « je ne comprends pas comment les décisions se prennent ».

Des champs lexicaux similaires ont été révélés par l'analyse des *verbatim* laissant sous tendre des éléments contextuels, des résultats ou des mécanismes qui n'avaient pas été initialement considérés. Par exemple, le champ lexical des contraintes institutionnelles est ainsi apparu.

3.2.4. Considérations éthiques

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité National d'Éthique de la Recherche du Luxembourg, référence numéro CNER 201801/03. L'étude est basée sur la participation volontaire des participants et l'anonymat, et les participants pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. Les entretiens ont été enregistrés après autorisation systématique des participants. La transcription des entretiens respecte l'anonymat.

Les résultats de l'évaluation réaliste présentée ici répondent aux recommandations RAMESES II [57].

Des obligations réglementaires et financières ont contraint à un déploiement de l'enquête plus modeste que ce que le protocole prévoyait : les délais de collecte ont été restreints et un seul enquêteur a pu mener le recueil d'information.

4. Résultats de la revue de littérature

4.1. Synthèse des connaissances basées sur les preuves

Les données issues de la revue de littérature ont été consignées dans un tableau synthétique décrivant le type d'intervention étudiée, les objectifs de la revue, les niveaux de preuve tels qu'analysés et décrits par les auteurs, et les caractéristiques principales des programmes (*Tableau V*).

Tableau V : Accompagnement à la parentalité dans la période périnatale : synthèse des revues de littérature.

tableau v. Accompagnement à la parentalité dans la période périnatale : synthèse des revues de littérature

source	strategy or intervention and country where study was conducted (if multiple: country of first author)	recipient population	reviewer's aim	methods	outcome	level of evidence	examples of validated programmes	characteristics of validated programmes	principal results to be noted on the problem or its determinants	references
Cochrane	home-based programmes promoting children's cognitive and socio-emotional development [UK]	socially disadvantaged families, preschool children	to know the effects of these programmes	meta-analysis	efficiency for cognitive development	no evidence of effectiveness because of a lack of documentation of the methodological processes [7 old studies, between 1973 and 1993; 723 participants]	-	-	future studies should endeavour to better document and describe their methodological processes	Miller S, Maguire L, K Macdonald. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. Cochrane systematic reviews. Dec 2011.
Cochrane	parenting support to improve the psychosocial health of parents [US, AUSTRALIA, UK, GERMANY, JAPAN, NETH, NZ]	all parents and children	to determine whether the programmes were effective in improving psychosocial wellbeing	meta-analysis	efficiency for: depression, anxiety, stress, anger, guilt, self-confidence, relationship between spouses	significant results [48 studies; 4937 participants]	behavioural and/or cognitive support: regular group therapy, telephone support	behavioural and/or cognitive support: regular group therapy, telephone support	short-term improvement (48 months) in parents' health (depression, anxiety, stress, anger, guilt, self-confidence)	Barlow J, Smallegang N, Hubbard N, Roloff V, Bennett C. Group-based parenting programmes for improving parental psychosocial health. Cochrane systematic reviews. May 2014.
Cochrane	individual and group parental support programmes to improve psychosocial results for parents and their children [KOREA, JAPAN, SWI, NETH, US]	adolescent parents under the age of 20	to evaluate the effectiveness of these programmes	meta-analysis	efficiency for: responsiveness of parents to the child, responsiveness of the infant to the mother, overall measure of parent-child interactions	lack of methodological rigour and lack of a sufficiently large sample to compile enough data to produce sufficient statistical power [8 studies, 513 participants]	behavioural support and/or improving knowledge	behavioural support and/or improving knowledge	short- and long-term improvement in parent-child interactions. Improvement in psychosocial health: reduction in anxiety and depression, increase in self-esteem.	Barlow J, Smallegang N, Bennett C, Hubbard N, Jones H, Cohen E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3.
Cochrane	group training programmes for mothers to improve the emotional and behavioural adjustment of children [US, UK, CAN, AUSTRALIA, MEX, PERU]	parents of children under 3	to evaluate the effectiveness of these programmes	meta-analysis	efficiency for: overall emotional issues, reduced negative behavior, possibly behavior improvement	moderate short-term evidence of emotional and behavioural adjustment. Inefficient data to prove the effectiveness of primary prevention and provide long-term results [24 studies; 3161 participants]	behavioural and/or cognitive support, meetings between parents or between professionals, and parents over the course of several weeks	behavioural and/or cognitive support, meetings between parents or between professionals, and parents over the course of several weeks	reduction in stress and anger	Barlow J, Bergman H, Korner H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016.
Cochrane	postnatal parental education to optimise the general health of infants and parent-infant relationships [US, NEPAL, BRAZIL, UK, CAN, AUSTRALIA]	parent groups or individual meetings, from birth to two months	to evaluate the effectiveness of these programmes	meta-analysis	efficiency for: amount of nocturnal sleep, knowledge about behavior infants	evaluation and / or larger sample required to be able to draw conclusions [15 trials; 2922 mothers and 402 fathers]	evaluation and / or larger sample required to be able to draw conclusions [15 trials; 2922 mothers and 402 fathers]	education on the infant's behaviour	improvement in infant's sleep, maternal knowledge and infant's security. Improvement in mother-father-child interaction. Improvement in infant's language development.	Byranton J, Beck CT, Monseigneur W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11.
Cochrane	massage aimed at promoting the mental and physical health of infants [UK, US, CAN, KOREA, ISRAEL, INDIA, TURKEY, IRAN]	typically developing children under the age of six months	to evaluate the effectiveness of these programmes	meta-analysis	efficiency for: psychometric data, biologic data (cortisol, HR) agitation, sleep, mental health and development	vast majority of the studies were of poor methodological quality [24 studies]	-	-	future research studies will have to choose to examine the beneficial effects of infant massage in populations that present higher risks (for example: socially disadvantaged parent-child duos)	Bennett C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4.
Pubmed	review describing the research methods used to study parenting support interventions [Finnish authors, mainly English and American studies]	mainly parents in maternity units (post-partum stay)	to know the priority research areas, methods used and groups targeted	narrative review	-	98 articles published before 2009, mainly English and American (bias linked to a consideration of epidemiologic links and the British and American health systems). Majority RCTs, with no intervention process evaluation approach (why the interventions are effective or ineffective).	map of recent research on support for parents in maternity units focusing on three key areas: the professional representations of the families' needs, effectiveness of the interventions, processes of care in maternity units	map of recent research on support for parents in maternity units focusing on three key areas: the professional representations of the families' needs, effectiveness of the interventions, processes of care in maternity units	the problematic of the fathers, rarely studied separately from those of the mothers. The studies targeting parents' needs focused mainly on socioeconomically disadvantaged populations. Very few longitudinal studies (with interviews at different stages of the pregnancy, or after the birth)	Tilinen S, Homanen R, Lindfors P, Ruusunen J. Approaches used in investigating family support in transition to parenthood. Health Promot Int. 2014 Sep;29(3):518-27.
Pubmed	mothers' experiences of giving their babies formula milk [UK, US]	mothers bottle-feeding their newborns	to understand how the decision to use substitute milk is made	narrative review	efficiency for emotions felt by mother	proven evidence [6 qualitative and 17 quantitative studies; 13263 participants]	not applicable	not applicable	through lack of information and support, the mothers experience negative feelings (anger, guilt, worry, uncertainty)	Lalchman R, Ogivie Ong KK. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. Acta Dis Child. 2009 Aug;94(8).

tableau v. Accompagnement à la parentalité dans la période périnatale : synthèse des revues de littérature. suite

source	strategy or intervention and country where study was conducted (if multiple, country of first author)	recipient population	review's aim	methods	outcome	level of evidence	examples of validated programmes	characteristics of validated programmes	principal results to be noted on the problem or its determinants	references
Pubmed	meta-analysis of the specific needs of parents preparing for parenthood [UK, SWE, IRE, AUSTRALIA, SING, TURK]	parents during the antenatal period	to contribute to existing knowledge on the specific needs of parents preparing for early parenthood	systematic review, meta-synthesis of qualitative literature	considerations of : (i) socioeconomic, cultural and political contexts, (ii) daily living conditions, and (iii) individual and family health-related factors	research method based on the PRISMA guidelines. Qualitative approach [12 studies, 916 participants]	family education courses for adults with participatory learning strategies. The parents call for discussions with their peers.	not applicable	parents should have the opportunity to actively participate in the interventions, which should begin early prenatal and continue into postnatal. Introduction of family education meetings early in the postnatal period	Ensieh A, Hallstrom I. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. Midwifery. 2016 Aug;39:1-11.
Pubmed	interventions aimed at promoting mental wellbeing and reducing inequalities (AUSTRALIA)	children and young people living in high-income countries [US, UK, AUSTRALIA and others]	to identify best practice according to population stress plus areas in need of improvement in order to put forward recommendations	narrative review		encouraging proven evidence based on the interventions [1000 publications]	the interventions were either universal or specifically targeted at children from disadvantaged families, no interventions involving social gradients	encouraging evidence that interventions and education in the family setting have succeeded in supporting positive parenting, both universally and for disadvantaged groups	possibility of using a proportionate universalism approach, centred on the question of equity in the promotion of mental wellbeing	Welsh J, Strazdins L, Ford L, Friel S, O'Rourke K, Carbone S, Carlon L. Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. Health Promot Int. 2015 Sep;30 Suppl 2:i136-76.
Pubmed	interventions relating to parenting and fathers: evaluation of the implicit and explicit biases in current research approaches, interventions and policies ["worldwide"; mainly US]	interventions targeting couples or fathers	to determine how fathers currently participate in parenting-related interventions and what improvements can be made to encourage their participation	narrative review	type of program, target group, father participation	proven evidence [199 publications]	the father's investment in the role of parent impacts the mother and child	fathers have minimal involvement in programmes and interventions	the main obstacles to paternal engagement in parental education programmes were cultural, institutional, professional and operational in nature and were linked to the programme's content, resources and policy considerations at the conception and implementation stages	Panter-Brick C, Burgess A, Eggebeen M, McAllister F, Pruett K, Leckman J, Practitioner Review: Engaging fathers – recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. J Child Psychol Psychiatry. 2014 Nov; 55(11): 1187-1212.
Pubmed	prevention of the physical abuse of children [US, UK, AUSTRALIA]	universal campaigns, general population	to evaluate the effectiveness of the interventions and improve future prevention campaigns	narrative review		promising, lack of evaluation of the programmes targeting general population [17 articles, for 15 interventions]	Triple P	televised programmes. Internet sites	recommendations: increase social support for parents, increase knowledge through the use of positive parenting techniques, better knowledge of a child's physiological development	Poole MK, Seal DW, Taylor CA. A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention. Health Educ Res. 2014 Jun;29(3):388-432.
Pubmed	mental health and wellbeing: the economic arguments [mainly US and UK]	early years, parents and older people	to identify economic evaluations comparing the effectiveness and costs of interventions promoting mental health	narrative review	cost/benefit evaluation	proven evidence for parental support interventions	nurse-led actions: advice and education for mother and child	home-visit programmes for parents, or physiological education on babies' sleep	low cost; major benefit for mothers and babies	Mccadd D, Park AL. Investing in mental health and well-being: findings from the Daadree project Health Promot Int. 2011 Dec;26 Suppl 1:i108-99.
Pubmed	map of community health interventions: reducing inequalities in maternal health [US, AUSTRALIA, UK, CAN]	high-income countries, MASCOT project (Multilateral Association for Studying health inequalities and enhancing north-south and south-south)	to systematically identify the maternal health interventions and to describe the subjects that they tackle and the nature of the interventions in relation to inequalities in maternal health	narrative review	effectiveness in reducing SH	further research needed to analyse and compare the effectiveness of the interventions mapped in this study [119 publications between 2000 and 2013]	the interventions concerned breastfeeding, postnatal depression, support and capacity building in the parental role, prenatal preparation for the birth, birth planning	the interventions took place mainly in the home setting. The health professionals were the principal operators in these interventions	the role of information networks and advertising is a pertinent but as yet unexplored research topic. This project opens the way for studies on the maternal health and for reducing high-income countries: a systematic map of research. Global Health. 2015 Jul 1;10:63.	
Pubmed	early-childhood interventions that have reduced inequalities in children's health and development [UK, IRE]	Europe. In reality, the interventions studied were conducted in the UK and Ireland	to identify the early-childhood interventions that have reduced inequalities in children's health and development	narrative review	effectiveness in reducing SH	proven evidence plus other studies requiring a more in-depth evaluation [23 interventions]	the interventions in the review aimed to improve parenting skills and housing conditions. The study also looked at psychological therapies	higher level of evidence shown when there was a combination of educational workshops and programmes for parents and children that began during early pregnancy and included home visits from specialist personnel	a more exhaustive evaluation of interventions must be carried out in a larger range of countries than just the UK and Ireland.	Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. BMC Public Health. 2014 Oct 6;14:1040.

tableau v. Accompagnement à la parentalité dans la période périnatale : synthèse des revues de littérature. suite

source	strategy or intervention and country where study was conducted (if multiple country of first author)	recipient population	review's aim	methods	outcome	level of evidence	examples of validated programmes	characteristics of validated programmes	principal results to be noted on the problem or its determinants	references
Pubmed	"Healthy Steps for Young Children", national programme aimed at providing parents with educational information and advice and allowing early screening [author: CAN; interventions: US]	United States, Parents of newborns and their children	to systematically evaluate and summarise the "Healthy Steps" programme for young children	narrative review	efficiency	proven evidence, Prospective study conducted over 3 years (cohort of 5000 newborns) [13 articles]	more optimal vaccination coverage and care trajectory compared to control group	the state awarded a certification to the university hospitals, clinics and federally qualified health centres that organised at home visits during the children's first three years. A dedicated phone line enabled parents to connect with the programme specialists.	nurses, educators and social workers were trained for this programme on the subjects of parenting, child development and the importance of relationships and team building	Piotrowski CC, Talavera GA, Mayer JA. Healthy Steps: a systematic review of a preventive practice-based model of pediatric care. J Dev Behav Pediatr. 2009 Feb;30(1):91-103.
PsyInfo	list of the characteristics of disadvantage used in research examining the link between environment and children's health [authors: NETH; studies: NETH, CAN, US]	studies on residents from socioeconomically disadvantaged neighbourhoods	to study the socioeconomic characteristics of disadvantage used in research studies on children's health	narrative review	-	19 Studies	not applicable	major problem: the data used were those available and not the best. The review included employment and education of the mother, household characteristics. Problem: no consensus on the best measure to use	Van Vuuren C. J., Reijnen, S.A., Van der Wal M. F., Verhoeff A.P. Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics in child (0-18 years) health studies: A review. Health & Place, Vol 23, Sep, 2014 pp: 34-42.	
PsyInfo	realist review of access to parenting interventions [US, UK, CAN and others]	pregnant women and parents of children under 1	to identify potentially effective health education interventions during the transition to parenthood period	narrative review	-	no convincing evidence that a single educational programme was universally effective. Level of evidence from the studies difficult to evaluate because of a lack of description of the intervention's conception, content, implementation or result (particularly attention). No study evaluated the impact on the child [72 articles]	Programmes were most effective when parents were already involved. A main facilitator increased the ongoing participation of the fathers. Parents responded to their immediate problematics (approach to childbirth, infant's sleep)	mainly a series of lessons (generally between 5 and 8) covering a wide range of subjects. Frequently information brochures. Few programmes aimed at fathers.	Grimmer C., Buchheit T.L., Lebournau N., Bennett C. T., Shanker S.G.; Fenwick A., Smith-Chant B. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. International Journal of Nursing Studies, Vol 59, Jul, 2016 pp: 118-133	
PsyInfo	social support in parenting: the "jobbiense" of a concept [US, CAN, UK, AUSTRALIA]	sociology articles. No focus on perinatal period.	to explore how social support can be conceptualised through social work publications	narrative review	relation aspect in social work	proven evidence [28 articles]	social support was principally studied in relation to parents' health. Social relationships were highly pertinent for families but were given little consideration by social services	research into social links and social capital cannot exclude a recognition of inequality: the quantity and quality of resources and the way in which they are used can vary enormously according to socioeconomic class mental illnesses. It's also a way of increasing the feeling of control.	Geens N., Vandembroeck M. The (ab)use of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. Child & Family Social Work, 19; 491-500, 2014.	
PsyInfo	preparing for parenthood: an analysis of the concept [MALTA, UK]	mothers and fathers	to analyse the concept of preparing for parenthood (discourse analysis and theoretical foundations)	narrative review	-	limited evidence: few elements define the concept of preparing for parenthood	-	parenting is unique to each individual, affected by cultural and societal expectations as well as beliefs. Preparation for parenthood is a complex process that increases a child's aggression and hyperactivity levels and generates an increased number of situations of negligence or abuse	Spieteri G., Xuereb R.B., Carrick-Sen D., Kauer E., Martin C.B. Preparation for parenthood: a concept analysis. Journal of Reproductive and Infant Psychology, Vol 32(2), Mar, 2014 pp: 148-165.	
PsyInfo	critical analysis of the links between the couple's relationship and their parenting [AUSTRALIA]	parent couples	to evaluate whether the couple's relationship has a major influence on their parenting	narrative review	-	proven evidence [11 trials]	the couple's relationship influences their parenting behaviours	psychoeducation has considerable potential in terms of improving a couple's adjustment to parenthood and increasing their awareness and receptiveness in regard to their newborn	Halford W., Kim Patch J. Couple Psychoeducation for New Parents: Observed and Potential Effects on Parenting. Clinical Child and Family Psychology Review, Vol 13(2), Jun, 2010 pp: 164-180.	

4.2. Caractéristiques des revues de littérature

Discipline des journaux dans lesquels sont publiées les revues de littérature

Les articles étaient issus de revues de disciplines multiples : un tiers (n=7) des publications émanait de revues de santé publique. La Cochrane a publié 6 revues traitant de la thématique. Les autres publications étaient issues de revues traitant de psychologie infantile (n=3), de pédiatrie (n=2), de la maïeutique (n=1), du travail social (n=1) et de la recherche en soins infirmiers (n=1).

Pays d'affiliation dont sont issus les auteurs des études

Les synthèses de littérature étaient pour la plupart réalisées par des auteurs américains et anglais et concernaient essentiellement des interventions aux États-Unis et au Royaume Uni. Il était fait référence, de manière succincte, aux pays européens hors Royaume Uni dans seulement 8 revues : une étude finlandaise qui recense 2 programmes européens sur les 98 étudiés [29], une étude hollandaise qui compare la Hollande aux États-Unis et au Canada [30], deux revues menées par la Cochrane évoquent quelques études menées en Allemagne et en Hollande [21,31], l'Irlande est référencée dans deux revues [32,33], des interventions menées en Suisse sont évoquées dans une revue [32] et la Suède est comparée au Royaume Uni dans l'une des revues [33].

Objectif des revues de littérature

La plupart des études systématiques avaient pour objectif d'estimer l'efficacité des programmes, sur un temps relativement court, en évaluant l'impact sur le bien-être des mères et des nourrissons, la santé mentale des mères, l'adaptation au comportement des bébés et très jeunes enfants. Pour trois revues systématiques, l'objectif était d'analyser les méthodes et concepts de recherche en lien avec l'accompagnement à la parentalité : l'une recense les grands axes de recherche, les méthodes utilisées et les groupes ciblés [29], une autre étudie les caractéristiques socioéconomiques défavorables utilisées dans les travaux de recherche [30] et la dernière analyse le concept de préparation à la parentalité [34].

Principaux programmes étudiés

De manière générale, les revues analysées sont centrées sur les pratiques des professionnels et les programmes étudiés concernent, pour la plupart, l'amélioration des connaissances et capacités des parents. Trois revues abordent les besoins parentaux : une méta-analyse est orientée spécifiquement sur la préparation à la parentalité [32], une revue est focalisée sur les besoins des pères [35] et une autre sur les besoins des mères nourrissant leur enfant au lait de substitution [36].

4.3. Caractéristiques principales des interventions

Publics bénéficiaires

Les revues portaient sur des périodes et publics différents :

- une étape particulière de l'histoire des parents : la grossesse (n=3), la première semaine après l'accouchement (n=1)
- un intervalle large de la naissance aux trois ans de l'enfant (de la naissance à deux mois : n=1, à six mois : n=2, à un an : n=1, jusqu'aux trois ans : n=5)
- les familles socialement défavorisées (n=2)
- les parents adolescents (n=1)

- les pères uniquement [35], alors que toutes les autres concernaient les parents, ou le couple comme entité
- la population générale à travers une analyse des campagnes de prévention [37].

Principaux résultats et conclusions

L'ensemble des revues apporte des données probantes ou prometteuses concernant l'impact des programmes et actions d'accompagnement lors de l'entrée dans la parentalité sur l'amélioration du bien-être des mères et des enfants. Ces programmes augmentent l'estime de soi des mères, diminuent leur colère, anxiété et stress, améliorent le sommeil du nourrisson, favorisent le développement du langage infantile.

Trois niveaux de preuve distincts

Selon l'évaluation des auteurs, telle que décrite et synthétisée dans leur revue, nous avons classé les preuves en trois catégories :

1. Preuves avérées (n=10) : la majorité des revues est constituée d'interventions pour lesquelles le niveau de preuve est avéré.
2. Caractère prometteur (n=5) : concerne des interventions reposant sur une puissance statistique insuffisante liée à de faibles effectifs [24,31], ou sur l'impossibilité de conclure pour des résultats à long terme [38].
3. Manque de preuve (n=3) : pour certaines études, les auteurs pouvaient difficilement évaluer la qualité de preuve ; la rigueur méthodologique ne permettant pas d'être objectivée [39], était jugée mauvaise [40], ou encore le manque de description du contenu, de la mise en œuvre ou aux résultats des interventions ne permettait pas de conclure [41].

Notons que deux revues systématiques traitant des méthodes de recherche et une revue cherchant à définir le concept de préparation à la parentalité échappent à cette catégorisation.

Les programmes les plus efficaces

L'accompagnement comportemental et cognitif via les groupes de parole, le soutien téléphonique améliorent de manière significative la santé psychosociale des parents [21]. La psychoéducation représente un potentiel considérable pour améliorer l'adaptation des couples à la parentalité et améliorer la sensibilité et réceptivité du nouveau-né [42].

Les programmes les plus efficaces sont ceux débutés avant la naissance et ceux pour lesquels les parents ont la possibilité de participer activement [32].

Les évaluations économiques comparant les coûts/efficacité des interventions en promotion de la santé mentale des parents durant les premières années permettent de conclure que les bénéfiques sont importants pour les mères et les bébés pour un coût faible [43].

Les programmes prometteurs

Une revue menée sur 8 études avait conclu que les programmes de soutien parental amélioreraient la santé psychosociale des parents et favorisaient les interactions parents-enfants. Cependant, le manque de puissance statistique ne permettait de conclure de manière formelle pour les parents adolescents [31]. Le même auteur, en 2014, apporte des preuves avérées, en population générale, à partir d'une analyse de 48 études. Il conclut que les programmes de formation des mères par groupe, pour améliorer l'adaptation émotionnelle

et comportementale des enfants permet de diminuer le stress et la colère à court terme, mais les données ne permettent pas de conclure des effets à long terme [21].

Les programmes d'éducation parentale post natale pour optimiser la santé des nourrissons et les relations parents-enfants permettent d'améliorer le sommeil, les connaissances des mères, la sécurité infantile. Cependant des effectifs plus grands permettraient de conclure de manière formelle [24].

Les programmes n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité

Les programmes menés à domicile en faveur du développement cognitif et socio-émotionnel pour les familles socialement défavorisées montrent des résultats controversés [39,44]. Les massages visant à promouvoir la santé physique et mentale des nourrissons n'ont pu faire la preuve de leur efficacité [40].

Deux pistes majeures d'amélioration des programmes d'accompagnement à la parentalité

1. Renforcer la qualité des interventions

Dans l'ensemble, les actions en faveur des parents considèrent les parents comme entité et ne différencient pas les problématiques des pères indépendamment des mères [40]. Par ailleurs, s'ajoutent des obstacles à la fois culturels et institutionnels à l'engagement des pères dans les programmes d'éducation parentale ; la conception et l'implémentation des programmes à destination des pères devraient le prendre en considération [35].

Les parents devraient avoir la possibilité de participer activement aux interventions qui devraient être prénatales précoces et perdurer en postnatal. Par ailleurs, l'hypothèse du manque de compétences parentales est supposée, a priori : il serait nécessaire d'évaluer les connaissances des parents avant les interventions [41]. L'intérêt des groupes de pairs est peu évalué [31].

2. Développer des recherches complémentaires

Les études longitudinales sont très peu représentées, cependant la Cochrane affirme que de tels programmes, axés sur les parents adolescents influent positivement la relation parents-enfants à long terme [31]. Des études longitudinales pourraient être menées en réalisant plusieurs entretiens à différents moments de la grossesse ou de l'après naissance [29].

Plusieurs auteurs affirment que le niveau de preuve de l'efficacité des interventions est difficile à évaluer par manque de description de la conception, du contenu, de la mise en œuvre ou des résultats [39–41]. Comprendre comment et dans quel contexte sont réalisées les interventions apparaît essentiel dans le cadre de l'évaluation [29].

Peu d'éléments définissent le concept de préparation à la parentalité [34].

Le rôle la publicité et des réseaux d'information pourraient être des sujets de recherche pertinents qui ne sont pas explorés [45].

L'aspect relationnel est peu développé dans la recherche relative au soutien social [45,46].

Pour l'ensemble de l'Europe, une revue systématique menée de 1999 à 2013, affirme qu'une évaluation des interventions doit être effectuée dans un plus large éventail de pays que le Royaume Uni ; en effet, la France, l'Allemagne et l'Italie n'étaient pas du tout représentés dans la littérature [33], évoquant un « biais anglo-américain » [29].

4.4. Prise en compte des inégalités sociales de santé dans les revues de la littérature

A partir des titre, résumé, introduction, méthode, résultats et discussion, chacun des éléments constituant les revues de littérature a été décomposé et analysé afin de dégager la prise en considération, par les auteurs, des notions d'équité. Les résultats de cette analyse ont été synthétisés dans le tableau VI.

Tableau VI : *Considération des inégalités sociales de santé dans les revues de littérature*

Tableau VI : Considération des inégalités sociales de santé dans les revues de littérature.

Journal	title	abstract	introduction	methods	results	discussion	
references	notion of equity identified in the title	research question linked to equity in health	description corresponds to disadvantaged population	study design linked to equity	results and conclusions correspond to equity	applicability to socioeconomic gradients and cultural plurality	Implications for research, practice and policy corresponding to equity
Miller S, Maguire LK, MacDonald, Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. <i>Cochrane systematic reviews</i> .Dec 2011. families	socially disadvantaged	research focused specifically on socially disadvantaged families	no, not in the abstract	RCT "habitual residence" family vs socially disadvantaged family (i.e. living in poverty, lone parent, ethnic minority)	presentation of interventions by type of social disadvantage targeted. No description of results concerning the possible impact on reducing SHH.	interventions targeted disadvantaged populations, yes, mention of the intervention's stratified according to three categories (poverty, lone parenthood, ethnic minority)	
Barlow J, Smaligic N, Hubbard N, Redoff V, Bennett C Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. <i>Cochrane systematic reviews</i> .May 2014.	no	no	no	no	differentiation of fathers-mothers-parents results. No negative impact from the interventions.	no	
Barlow J, Smaligic N, Bennett C, Hubbard N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their mothers. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2011, Issue 3.	targeted at teenage mothers	no	the target population was considered a priori to be disadvantaged	no	no	brief comment: "caution should therefore be exercised before the findings are generalised to other social and cultural contexts". Mention of the value of peer groups	no
Barlow J, Bergman H, Korner H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> August 2016.	no	no	the authors wrote: "disturbances to the parent-child relationship and parental psychosocial adversity are significant risk factors for infant emotional, behavioural, eating and sleeping disorders"	no	no	no	no
Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Postnatal parental education for optimising infant general health and parent-infant relationships. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2013, Issue 11.	no	no	no	no	no	no	no
Bennett C, Underdown A, Barlow J. Message for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2013, Issue 4.	no	no	no	no	no	no	research perspectives proposing to focus on the impact of baby massage in groups of socially disadvantaged parents
Tittinen S, Homanen R, Lindfors P, Ruusuvaara J. Approaches used in investigating family support in transition to parenthood. <i>Health Promot Int.</i> 2014 Sep;29(3):151-27.	no	no	the authors wrote: "A bias towards the perspectives of risk groups [...] was detected"	no	no	studies carried out on "at-risk" populations. Little attention given over to universal services	need to examine the interventions' mechanisms to understand which interventions are (in)effective and in what contexts
Lakshman R, Ogilvie, Ong KK. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. <i>Arch Dis Child.</i> 2009 Aug;94(8).	no	no	no	no	no	no	no
Entsieh A, Hallström L. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation: a systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. <i>Midwifery.</i> 2016 Aug;39:1-11.	no	no	no	no	no	no	no
Weish J, Strazielle L, Ford L, Friel S, O'Rourke K, Carbone S, Carlson L. Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. <i>Health Promot Int.</i> 2015 Sep;30 Suppl 2:136-76.	yes: "equity"	no	"equitably", "inequities", "social gradients", "proportionate universalism"	yes	no	yes	yes, mention of the risk of increased inequalities with certain interventions
Pattar-Brick C, Burgess A, Eggerman M, McMillister F, Pruett K, Lederman J. Practitioner Reviews: Engaging fathers – recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. <i>J Child Psychol Psychiatry.</i> 2014 Nov; 55(11): 1187-1212.	no	no	no	no	no	no	no
Poole MK, Seal DW, Taylor CA. A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention. <i>Health Educ Res.</i> 2014 Jun;29(3):388-432.	no	no	no	no	no	no	no
McGill D, Park AL. Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. <i>Health Promot Int.</i> 2011 Dec;26 Suppl 1:108-39.	no	no	no	no	no	no	no
Perry M, Becerra F, Kavanagh J, Serra A, Vargas E, Becerra V. Community-based interventions for improving maternal health and for reducing maternal health inequalities in high-income countries: a systematic map of research. <i>Global Health.</i> 2015 Jul 1;10:63.	yes: "maternal health inequalities"	no	yes	yes	yes	no	yes
Morrison J, Pihlhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. <i>BMC Public Health.</i> 2014 Oct 6;14:1040.	yes: "to reduce social inequalities in children's health"	yes: "reduce inequalities in child health and development"	yes: "universally proportionate", "specific target population"	yes	yes	no	no

Tableau VI : Considération des inégalités sociales de santé dans les revues de littérature suite.

references	notion of equity identified in the title	research question linked to equity in health	results from the analyses of equity in health	description corresponds to disadvantaged population	description of hypotheses that show intervention can impact equity	study design linked to equity	results and conclusions correspond to equity	applicability to socioeconomic gradients and cultural plurality	implications for research, practice and policy corresponding to equity
Piotrowski CC, Talavera GA, Mayer JA. Healthy Steps: a systematic review of a preventive practice-based model of pediatric care. <i>J Dev Behav Pediatr</i> . 2009 Feb;30(1):91-103.	no	no	no	no	no	no	no	they should be carefully examined to determine if they under-represent known racial and ethnic disparities in the health of new mothers and their infants, thereby potentially biasing the reported outcomes	"need to study the possibility of adapting the programmes according to different sociocultural groups"; systematic evaluation of potential barriers to successful implementation involving all key stakeholders, including parents"
Van Vuuren C. L. Reijneveld S.A. Van der Wal M. F. Verhoeff A.P. Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics in child (0-18 years) health studies: A review. <i>Health & Place</i> , Vol 29, Sep. 2014 pp. 34-42.	"Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics"	yes	yes	yes	yes	yes	yes	no	further research is needed to understand the mechanisms that lead to differences in children's health in relation to the characteristics of neighbourhood deprivation
Gilmer C. Budhan J. L. Letourneau N. Bennett C. T. Shanker S.G.; Fenwick A. Smith-Chant B. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , Vol 59, Jul, 2016 pp. 118-133.	no	no	no	no	no	no	no	no	emphasis on the variety of potential approaches to parenting support, with the "responsibility" not just lying solely with the parents but also shared between state, school and neighbourhood organisations
Geens N. Vandenbroeck M. The (dis)use of a concept of social support in parenting research: a child work perspective. <i>Child & Family Social Work</i> , 19: 493-500, 2014.	no	concentrates on target groups thus limiting a diversified approach	no	no	no, linked to diversity	in relation to diversity	no	parenting is unique to each individual, affected by cultural and societal expectations	
Spieteri G. Xuerab R.B. Carrick-Sen D. Viner E. Martin C.R. Preparation for parenthood : a concept analysis. <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i> , Vol 32(2), Mar, 2014 pp. 148-165.	no	sex, culture and spirituality all influence the concept	no	no, linked to diversity	in relation to diversity	in relation to diversity	no	an aid specifically for the poorest families that would lead to a reduction in their stress and hence an improvement in the couple's relationship and consequently their parenting skills	
Heiford W. Kim Petch J. Couple Psychoeducation for New Parents: Observed and Potential Effects on Parenting. <i>Clinical Child and Family Psychology Review</i> , Vol 13(2), Jun, 2010 pp. 164-180.	no	no	no	no	no	no	no		

Une vision parcellaire de la question des ISS dans les revues étudiées

Seule la moitié des revues (n=10) aborde la question des inégalités sociales de santé et seulement un cinquième (n=4) les intègre dans leur analyse selon les critères PRISMA-equity.

Toutes les revues qui abordent la question des ISS présentent leurs résultats et conclusions en rapport avec l'équité [30,33,38,39,44,45]. Trois revues explicitent clairement des résultats en faveur d'une réduction des inégalités [30,33,45] et un auteur évoque une aggravation des inégalités pour certaines interventions [44]. Après retour aux études princeps faisant l'objet de ces revues, seul un programme, Sure Start, présente des résultats ne semblant profiter qu'aux gradients socioéconomiques les plus favorisés [44].

Concernant les caractéristiques de pauvreté utilisées dans les recherches étudiant le lien entre lieu de vie et la santé des enfants, il n'existe pas de référentiel *evidence based* des caractéristiques socioéconomiques utilisées dans les protocoles d'étude. Cependant il « existe un consensus général sur le fait que la combinaison du revenu, de l'emploi et de l'éducation est la meilleure façon de mesurer le statut socio-économique des ménages » [30].

Une revue note qu'aucune étude n'aborde directement la question des conditions de vie quotidienne en termes de qualité de logement [33]. Les services de garde des enfants sont peu abordés dans les études (dont seulement trois études référencées en Europe [33]).

L'aspect relationnel, le lien social sont peu étudiés alors qu'ils représentent un moyen solide de prévenir ou de réduire les risques de la dépression, le stress, l'anxiété et permet d'augmenter le sentiment de maîtrise sur sa propre vie [46]. La recherche sur les liens sociaux ne peut exclure une reconnaissance de l'inégalité : la quantité et la qualité des ressources et la manière dont elles sont mobilisées peuvent varier énormément selon la classe sociale [46].

La grande majorité des études menées sont ciblées sur des populations à risque et peu d'attention est accordée aux services universels [29]. Une seule revue se focalise sur les interventions communautaires [45]. Par ailleurs, très peu de revues (seules trois sur les 21 étudiées) sont construites dans l'objectif de réduire les ISS durant l'enfance : deux seulement sont focalisées sur la période périnatale [33,45], la troisième s'intéresse à la période de l'enfance à l'adolescence [44].

L'analyse des revues fait apparaître des stratégies efficaces de lutte contre les ISS :

- Soutenir et accompagner les parents durant la période périnatale fait consensus dans la lutte contre les ISS [29,33,44,45].
- Diversifier les approches, partagées entre État, école, organisation des quartiers permet une meilleure efficacité [46]. D'une part, la parentalité ne relève pas uniquement du ressort individuel des parents [34,41], d'autre part la parentalité est unique pour chacun, affectée par les attentes culturelles et sociétales, les modes de vie [46].
- L'universalisme proportionné, que M. Marmot, Président de la commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé définit comme une « approche universelle, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur » [47] est une solution visant à réduire les inégalités que

plusieurs auteurs promeuvent, notamment dans les revues de Morrison (2014) et Welsh (2015) [33,44]. Il s'avère donc nécessaire d'explorer les mécanismes des interventions pour comprendre quelles interventions sont (in)efficaces et dans quels contextes [29,38,41].

- Une revue aborde clairement l'importance de diversifier les interventions en fonction de l'organisation des quartiers [46].
- En Europe, les interventions les plus efficaces (résultats les meilleurs et niveau de preuve élevé) sont les programmes éducatifs débutés dès le début de la grossesse, incluant des visites à domicile par du personnel spécialisé [33].

5. Résultats de l'évaluation réaliste

5.1. Théorie initiale

Les bases théoriques initiales ont été formulées à partir de la revue de littérature, qui a constitué la première étape de cette recherche [58]. Nous avons ainsi retenu, à partir des revues de revues publiées entre 2009 et 2017 les conclusions suivantes :

Un programme de promotion de la santé maternelle dans la période périnatale qui valorise l'accompagnement à la parentalité serait efficace en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé s'il :

- Est initié dès le début de la grossesse et perdure dans la période postnatale [59],
- Diversifie les approches considérant l'organisation des quartiers, les attentes culturelles, sociétales et les modes de vie [34,35,60],
- Est structuré selon un universalisme proportionné [61,62], considérant tous les niveaux de la stratification socio-économique de la population [29,35,45,63,64],
- Considère la parentalité comme une entité large non centrée uniquement sur le comportement maternel [32,45,46,65] ,
- Est co-construit dans une démarche partagée entre professionnels et institutionnels, s'appuyant sur les besoins des familles et non sur des normes professionnelles [34–36,45,46,59,64].

Cette théorie initiale de lutte contre les inégalités sociales de santé dans la période périnatale est présentée dans la *figure 10*.

Contexte élargi

Politique publique, politique de santé, référentiels professionnels, normes sociales et culturelles

Permet de lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé périnatale

Contexte organisationnel

- Organisation des quartiers
- Diversification des pratiques professionnelles
Diversification des approches
- Initiation des programmes dès le début de la grossesse qui se prolongent dans les premiers mois post-partum

Figure 10. Théorie initiale de lutte contre les inégalités sociales de santé dans la période périnatale, adaptée du protocole d'étude.

Le *tableau VII.* synthétise les sources de données et techniques de collecte pour chacun des cas étudiés . Les résultats déclinés selon les techniques employées sont présentés de manière détaillée dans les paragraphes suivants.

Tableau VII. Technique de recueil des données.

Sources de données	Technique de recueil de données	Esch-sur Alzette	Longwy
Données documentaires	Extraction des informations de présentation des actions.	Ministère de la Santé. Ministère de la Santé et des Solidarités. Réseau Périnatal Lorrain. Maternité Longwy. CNAMS. LAEP. Maternité du CHEM. Sites de	
Données démographiques	Extraction de données à partir des bases de données publiques.	Eurostat, STATEC	Eurostat, INSEE
Données épidémiologiques	Extraction de données à partir des bases de données publiques.	Europeristat, Réseau Périnat.	Européristat, ATIH, Enquête Nationale Périnatale.
Professionnels de santé	Entretiens semi-structurés individuels Durée de 50 minutes à 1h30.	4	3
Professionnels de Protection Maternelle et Infantile	Entretien de groupe. Durée 1h50.	0	1
Professionnels du Centre Médico-Social	Entretien de groupe. Durée 2h15.	1	0
Professionnels du secteur associatif	Discussion. présentation structure. Durée 2h.	1	1
Parents	Questionnaires.	125	85

5.2. Contextes des deux cas étudiés

Le Luxembourg et la France se distinguent quant au cadre législatif d'action pour l'accompagnement à la parentalité. Le *tableau VIII* présente les grands repères législatifs encadrant les programmes et interventions d'accompagnement à la parentalité des deux pays.

Tableau VIII. Repères législatifs encadrant les programmes et interventions d'accompagnement à la parentalité à Esch-sur-Alzette et Longwy.

Cadre relatif à l'accompagnement à la parentalité	France	Luxembourg
Stratégie nationale	<p>Plan Priorité prévention 2018-2019. Axe « 1000 premiers jours », faciliter l'adoption de mode de vie et création d'environnements favorables à la santé. Projet « dessine-moi un parent »</p> <p>- Rendre effectif par la diffusion large d'information, la réalisation de l'entretien prénatal précoce pour tous les parents et informer sur les ressources mobilisables en matière de soutien à la parentalité.</p>	<p>Plan national et priorités politiques : aucune directement en lien avec l'accompagnement à la parentalité. Cependant, le rapport d'activité 2017 du Ministère de la Santé mentionne plusieurs points :</p> <p>-Promotion de l'allaitement auprès des groupes ayant un niveau d'études moins élevé, background socio-économique moins élevé, background immigration p.86</p>

- Renforcer les visites à domicile en santé postnatale dans le cadre du dispositif PRADO maternité sortie précoce
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnsp_2018_2019.pdf

Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022.
Direction générale de la cohésion sociale. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2018-2022.pdf

-Soutien à domicile à la sortie de la maternité « *Pour que cette intervention réussisse et ait un impact positif en termes de prévention des dysfonctionnements du lien parents/bébé, plusieurs conditions sont nécessaires, dont par exemple l'établissement d'un diagnostic partagé de la situation familiale avant l'intervention, ou la mise en œuvre d'un partenariat entre professionnels de santé et du social si possible en lien avec le réseau de santé en périnatalité, lorsqu'il existe.* »

- Accompagnement des familles en période périnatale (grossesse, sortie de maternité, premiers mois après la naissance) « *en développant et renforçant l'activité des Services d'Aide A Domicile Familles et en renforçant leur capacité à intervenir auprès des familles à besoins particuliers (handicap, migrants).* »

- Sensibilisation aux services de soutien à la parentalité « [...] *auprès des centres de santé, des pédiatres et médecins généralistes*

-Association Luxembourgeoise de Pédiatrie Sociale énonçant des axes d'action en matière de lutte contre la maltraitance des enfants, l'établissement d'un lien sécurisé entre l'enfant et ses personnes de référence. Rapport d'activité 2017 : p. 147. Statuts : <https://www.alupse.lu/wp-content/uploads/2018/09/Statuts-Alupse-AG-09-01-2017-RCS.pdf>

-Ligue médico-sociale : prévention, le dépistage, le conseil, l'orientation, l'aide, l'accompagnement et le suivi des populations et des personnes, particulièrement lorsqu'elles sont vulnérables et fragilisées, défavorisées ou en difficultés. Statuts et rapports d'activité 2017 p.152

- Office National de l'Enfance : soutien psycho-social pour enfant <http://sante.public.lu/fr/prevention/petite-enfance/aides-utiles/psycho-social/index.html>

-Réseau Psy. Service parentalité « Centre KanEI » Rapports d'activité et statuts p.176

	<i>libéraux et autres professionnels de santé en contact avec les familles. »</i>	
Stratégie régionale	Réseau périnatal sous la dénomination Coordination périnatale Grand Est (CoPÉGE), et le Réseau Périnatal Lorrain https://www.reseauperinatallorrain.fr/	-
Données épidémiologiques	Enquête nationale périnatale, rapport 2016 http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf	Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg, Rapport sur les naissances 2014-2015-2016 et leur évolution depuis 2001 http://sante.public.lu/fr/publications/s/surveillance-sante-perinatale-lux-2014-2015-2016/index.html http://sante.public.lu/fr/statistiques/index.html
Recommandations professionnelles	Haute Autorité de Santé -Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux-nés https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nés . -Préparation à la naissance et à la parentalité https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite	Rapport d'activité Ministère de la Santé, 2017. Recommandations et stratégies européennes en matière de promotion de l'allaitement maternel. Groupe d'experts et comités en rapport avec certaines professions de santé. Avis consultatif.

5.2.1. Repères législatifs et organisationnels en France

En France, le plan de stratégie nationale de soutien à la parentalité propose divers axes d'action tels que le soutien à domicile à la sortie de la maternité, ou encore la sensibilisation des professionnels aux services de soutien à l'accompagnement des parents.

S'agissant de Longwy, cette ville participe au réseau périnatal de la région Grand Est. Les pratiques sont coordonnées selon une structuration des maternités en fonction du risque néonatal. La maternité de référence est celle de Nancy ; elle dispose d'une réanimation néonatale. Les recommandations régionales de bonnes pratiques et de collaboration en

réseau sont multiples. Des recommandations relatives au déploiement du dispositif « Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Périnatalité Parentalité RC3P » sont éditées ; elles décrivent la systématisation de l'entretien prénatal du 4^{ème} mois de grossesse afin d'évaluer avec la femme enceinte ses besoins en termes d'accompagnement. Cet entretien précoce est décrit comme un temps d'analyse des situations périnatales complexes ou à haut risque psycho-médico-social. Le Réseau Périnatal Lorrain participe à la collecte et la diffusion de données épidémiologiques.

La France autorise un congé maternité d'une durée minimale de 16 semaines : 6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après pour un premier enfant (modalités plus larges pour les naissances multiples). Le congé paternel est accordé pour une période de 11 jours calendaires. Le congé parental est indemnisé par la *prestation partagée d'éducation* dont le montant est fixe et universel, pendant 6 mois pour un premier enfant pour chaque membre du couple, 24 mois à partir du deuxième enfant.

5.2.2. Repères législatifs et organisationnels au Luxembourg

Le Gouvernement du Grand-Duché du Luxembourg présente sur le site internet *Santé. Lu.* les plans de santé en vigueur parmi lesquels une rubrique « petite enfance » renvoie à des conseils et recommandations de santé publique s'adressant à la population en termes d'alimentation du bébé, tests de dépistage, troubles de l'audition et du langage, prévention relative aux écrans, conseils de vaccination. Un lien internet dirige vers une présentation de l'Office National de l'Enfance.

Au Grand-Duché du Luxembourg, le réseau périnatal coordonne la collecte de données épidémiologiques en santé périnatale [66]. Ces indicateurs permettent d'alimenter les données Europeristat d'une part et permettent de fournir aux structures hospitalières et aux professionnels des statistiques utiles à l'organisation et leurs pratiques. Un rapport est publié à intervalle régulier, diffusé publiquement. Le réseau Perinat, en collaboration avec le Ministère de la Santé émet des recommandations [67] comme celles relatives à l'indication de la césarienne et au transferts *in utero* vers des structures adaptées au risque néonatal. La maternité de référence pour la réanimation néonatale est située à Luxembourg-ville. Ces recommandations n'évoquent pas précisément les interventions d'accompagnement à la parentalité. L'association luxembourgeoise de pédiatrie sociale (ALUPSE) a pour objectif « la bienveillance des enfants, l'établissement d'un lien sécurisé entre l'enfant et ses personnes de référence ; cette association coordonne des réunions pluridisciplinaires mensuelles en partenariat avec les maternités ».

Le Luxembourg autorise un congé maternité d'une durée de 20 semaines : 8 semaines avant l'accouchement et 12 semaines après. Le congé paternel est accordé pour une durée de 10 jours. Le congé parental peut être modulé à temps plein ou temps partiel pour une durée de 4 à 12 mois selon diverses modalités, il peut aussi être fractionné sur une période de 20 mois. Il est accordé aux deux parents et est indemnisé selon un barème indexé sur le salaire.

5.2.3. Données sociodémographiques

A l'échelle des deux pays considérés, France et le Grand-Duché du Luxembourg présentent des caractéristiques de santé périnatale globalement très similaires. Cependant, les mères sont plus âgées au Luxembourg (27% ont plus de 35 ans vs 20% en France), et les accouchements par césarienne y sont plus fréquents (1/3 des accouchements vs 1/5 en France).

A l'échelle des villes de Esch-sur-Alzette et Longwy, les comparaisons épidémiologiques sont difficiles à mettre en œuvre : les bases de données disponibles publiquement ne présentent ni les mêmes indicateurs, ni les mêmes périodes. En 2018, 923 enfants sont nés à Esch-sur-Alzette, et 580 à Longwy.

Ces deux villes présentent des taux de chômage élevés en comparaison des données nationales : en 2018, 20.2% à Longwy (vs 9.1% en France, données INSEE) et 10.1 % à Esch-sur-Alzette (vs 5.9% pour le Luxembourg, données STATEC).

5.2.4. Principales interventions

Les principales interventions sont synthétiquement présentées dans le *tableau IX*. Les deux villes se distinguent par le nombre et la diversité de l'offre associative, plus abondante à Esch-sur-Alzette qu'à Longwy. Les professionnels, méthodes utilisées et programmes sont relativement similaires sur les deux terrains d'enquête. Le media de présentation des interventions est pour la plupart les sites internet des organisations les proposant. Les objectifs tels que décrits sur les sites internet ou flyers sont divers et correspondent pour l'essentiel à des programmes cognitifs, comportementaux ou psychologiques. Les méthodes utilisées sont multiples : cours, séances d'information, consultations, entretiens. Les séances se déroulent de manière individuelle ou collective, au sein des institutions ou à domicile. Les acteurs sont diversifiés : professionnels de santé, du secteur associatif ou social. Les modalités d'adaptation au regard de la lutte contre les inégalités sociales de santé montrent que certaines actions sont proposées en diverses langues ; nombreuses sont les interventions gratuites pour les parents.

Le détail de ces différentes descriptions sont présentées pour chacune des villes dans le *tableau IX*.

Tableau IX : principales interventions en lien avec l'accompagnement à la parentalité à Esch-sur-Alzette et Longwy.

Tableau IX : principales interventions en lien avec l'accompagnement à la parentalité à Esch-sur-Alzette et Longwy.

	lieu	média d'information	objectif	méthode	programme	acteurs	au regard des us
	école des parents	site internet, news letter, flyers. En luxembourgeois et français	soutien des mères et pères dans leur fonction éducative. Rencontrer les parents en groupe. L'école des Parents n'est pas un service de consultation individuelle. Transmettre des connaissances aux parents. Rechercher une étroite collaboration avec des partenaires ayant un rôle actif au niveau local afin d'atteindre un maximum de parents et de cibler au mieux leurs besoins. Favoriser un échange de vues et d'expériences avec les parents et entre les parents.	organise des cours dans la maternité. Propose un ensemble d'activités dans les locaux de l'école des parents. Soirée pour parents, café-croissant, réunion d'information, conférences, cours pour parents, groupes de parole.	Cognitif. Autour de thèmes variés, par exemple : l'entrée à la crèche, communication respectueuse, vie pendant le congé parental, sommeil des enfants, triple P.	éducateurs, pédagogues, collaboration avec des associations, institutions, ONG, communes. Les chargés de cours sont des experts et experts du domaine social, éducatif, médical ou juridique.	universel, modalités diverses : divers langues, divers horaires et activités. Gratuit.
E							
S	initiativ i lewensfunk	site internet, news letter, flyers. En luxembourgeois et français	améliorer les conditions autour de la naissance et de la parentalité et accompagner les jeunes parents avec des informations et consultations	organise des cours, des ateliers, des consultations, une hotline de soutien à l'allaitement, des visites à domicile (en collaboration avec un dispositif national de médecine préventive)	Cognitif et comportemental. Activités variées décrites autour des temps de grossesse, post naissance, bébé, parents. Par exemple : yoga pendant la grossesse, massages pour bébé, cours interactifs autour de la rivalité dans la fratrie.	sages-femmes, kinésithérapeutes, psychologues, pédagogues, sociologues, conseillers et consultants en lactation, ainsi que des experts tels que certains activités favorisé. Partenariat avec une autre institution aloupe bébé-cible	plusieurs langues, multiples thématiques relatives aux préoccupations des parents. Payant, cible groupe socio-économique favorisé. Partenariat avec une autre institution aloupe bébé-cible
S							
U	aloupe bébé	Les demandes de consultations médicales proviennent du milieu médico-psycho-social. Des projets mère-enfant sont mis en place pendant les consultations multidisciplinaires, qui ont régulièrement lieu au sein des 4 maternités du Grand-Duché.	prévention précoce auprès de femmes enceintes ou venant d'accoucher. Centré sur l'interaction mère-père-bébé. Il a pour but de promouvoir la bientraitance et le maintien du cadre de vie.	aidé à domicile individualisée	Cognitif et comportemental. Conseils et aide concernant les soins et l'éducation de l'enfant. Par exemple : accompagnement de la famille dans tous les gestes de la vie quotidienne, soutien dans la perception des besoins du bébé, entraînement de la sensibilité parentale à reconnaître les signaux du bébé et à réagir de manière adaptée	Programme ciblé sur situations d'enfance en danger, de 0 à 3 ans. Gratuit.	
r							
-							
A							
I							
Z	la ligue	site internet en français et allemand, visite à la maternité. Courrier postal proposant une visite à domicile. Informer, les conseiller.	promouvoir, suivre et préserver la santé des enfants de 0 à 4 ans. Accueillir les parents, les écouter, les comprendre, les informer, les conseiller.	consultation pour nourrisson, visite à domicile, séances d'échange information et santé.	Cognitif et comportemental. Peser, mesurer, examiner les nourrissons. Donner des informations, prodigier des conseils individuels de prévention. Echanges en groupe sur des thèmes adaptés aux besoins des parents. Par exemple : allaitement, pleurs du bébé.	infirmière pédiatrique, assistante d'hygiène sociale.	universel, gratuit.
e							
	centre Kamel	site internet.	accompagner les parents en souffrance psychique et leurs enfants.	consultation thérapeutique à vocation préventive.	Psychologique.	psychologues, pédiopsychiatre, assistant.e social.e	ciblé pour parents, enfants et familles en souffrance psychique.
	Maternité, Centre hospitalier Emile Mayrisch	site internet.	améliorer les connaissances. Répondre aux besoins et attentes individuelles.	consultations prénatales, post natales, consultations spécialisées (par ex. allaitement, sexologie) séances d'information, préparation à la naissance.	Cognitif et comportemental. Programme de référence : initiative hôpital ami des bébés, des mères, UNICEF. Activités portage, massage.	sages-femmes.	remboursé, universel. Diverses modalités.
	maison du département	courrier postal.	préparer l'accueil de l'enfant et favoriser un meilleur suivi de la grossesse.	entretiens individuels, en couple, accompagnement à domicile. Cours de puériculture à la maternité.	Ecoute, aide, conseils et informations sur les préoccupations des futurs parents et jusqu'à 6 ans de l'enfant.	puéricultrices, médecin, sage-femmes, assistantes sociales.	universel, gratuit.
L	lieu d'accueil enfant-parent	site national des lieux d'accueil enfant-parent.	Rompre l'isolement géographique, intergénérationnel, culturel, des familles	les jeux et activités constituent des supports destinés à favoriser la relation entre adultes et enfants.	Pas un programme d'activités pré-établi. Les interventions s'appuient sur l'écoute et l'observation de l'enfant et des parents.	accueillants mixtes en termes d'origines professionnelles, références théoriques, équilibre entre nombre d'hommes et femmes. Les accueillants ne sont pas positionnés dans des fonctions d'expertise ou de conseils.	universel, gratuit.
O							
N							
B							
W	Pôle mère-enfant, hôpital de Mont-Saint-Martin	site internet.	prise en charge globale de la grossesse jusqu'au suivi à domicile	entretien prénatal précoce, préparation à la naissance, consultations prénatales et post natales, consultations spécialisées (par ex. diététique, diabétologie)	Cognitif et comportemental: accompagnement lors des premiers jours de vie : soutien allaitement, cours de puériculture, sortie précoce. Activités pour le bien-être : acupuncture, massage, aquagam, sevrage tabagique.	sages-femmes, auxiliaires puéricultrices, aides-soignantes.	universel, gratuit.
Y	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce	site internet.	dépistage et organisation d'une rééducation pour des enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux.	consultations, actions à domicile, groupe de parole.	dépistage, actions préventives précoces.	médecins, assistant.e.s sociales, éducateurs, psychologues, ergothérapeutes.	ciblé pour les familles accueillant un enfant prématuré, dysmaturation ou présentant un déficit sensoriel ou moteur.
	Centre Médico-Psychopédagogique et Centre Médico-Psychologique	annuaire.	accueil des personnes en souffrance psychique.	consultations psychothérapeutiques.		psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, infirmiers	ciblé pour parents, enfants et familles en souffrance psychique

5.3. Données issues des questionnaires

Trois cent cinquante questionnaires rédigés en langue française, allemande, portugaise, anglaise et arabe ont été mis à disposition dans les consultations privées (n=9), dans les centres hospitaliers : au sein des services de maternité (n=2), et service de pédiatrie (n=1), ainsi que dans les centres médico-sociaux (n=2). Des professionnels libéraux et territoriaux, sages-femmes (n=5) et puéricultrices (n=3) ont proposé le questionnaire lors de leurs visites à domicile.

Nous avons recueilli 125 questionnaires exploitables à Esch-sur-Alzette et 85 à Longwy pour 350 mis à disposition. Huit ont été rejetés car invalides par manque d'informations clés.

Les parents ayant répondu aux questionnaires ne constituent pas un échantillon représentatif de la population des parents. Nous limitons donc les résultats à des statistiques descriptives. Les parents répondants ont été pour la très large majorité des mères ou femmes enceintes, les pères ou futurs pères n'ayant que très peu répondu aux questionnaires (n=8 à Longwy, n=17 à Esch-sur-Alzette).

Alors que nous avons mis à disposition des questionnaires traduits dans les diverses langues usuelles dans nos deux zones enquêtées, la langue majoritaire des questionnaires retournés est massivement le français (n=81 à Longwy, n=66 à Esch-sur-Alzette), puis le portugais (n=2 à Longwy, n=26 à Esch-sur-Alzette), l'allemand (n=27 à Esch-sur-Alzette), et l'anglais (n=5 à Esch-sur-Alzette) et arabe (n=2 à Longwy, n=1 à Esch-sur-Alzette).

Le *tableau X* présente les principales caractéristiques des parents répondants.

Tableau X. Caractéristiques des parents répondants

		Esch-sur-Alzette		Longwy	
		n	% des répondants	n	% des répondants
sexe					
	femme	108	86,4	76	90,48
	homme	17	13,6	8	9,52
	total	125		84	
parité					
	0 enfant	55	44,72	17	20,24
	1 enfant	39	31,71	30	35,71
	2 enfants	22	17,89	27	32,14
	3 et plus	7	5,7	10	11,9
	total	123	100	84	100
âge					
	moy [écart type]	31,04 [4,91]		30,13 [5,43]	
statut familial					
	vit seul	5	4,07	5	6,02
	famille <i>recomposée</i>	15	12,5	16	19,75
statut professionnel					
	exerce une activité professionnelle (% de répondants)	96	79,34	61	73,49
	frontalier (%de pers en activité)	27	27	38	59,38
	en congé parental ou en projet (%pers en activité)	69	69	26	40,63
catégorie professionnelle (% des pers en activité)					
	ouvrier	21	19,09	5	7,04
	employé	47	42,73	40	42,73
	cadre moyen	24	21,82	14	19,72
	cadre supérieur	12	10,91	8	11,27
	autre	6	5,45	4	5,63
	total	110	100	71	100

Concernant l'accouchement et la grossesse, les parents sollicitent majoritairement un gynécologue à Esch et une sage-femme à Longwy. Des parents ont ressenti le besoin de consulter un professionnel et y ont renoncé (12% sur chaque site).

Les parents déclarent trouver du soutien auprès de leur famille (78% à Esch, 69% à Longwy) et auprès d'amis (60% à Esch et 85% à Longwy). Les collègues sont un soutien pour 1/3 des parents.

La crèche représente le moyen de garde unique pour 29% des parents à Esch et 17% à Longwy. La famille constitue le moyen de garde majoritaire à Longwy (35%) (25% à Esch). Les assistantes maternelles constituent le moyen de garde de 15% des enfants à Esch et sont peu représentées à Longwy (6%). Des parents déclarent ne pas recevoir d'aide pour la garde de leurs enfants (n=10 à Esch n=10 à Longwy). Plus de 42% des parents pensent qu'après la période qui suit le congé de maternité, il est mieux que la mère s'arrête de travailler, et aucun parent ne déclare qu'il est mieux que ce soit le père.

5.4. Données issues des entretiens

Des entretiens semi-dirigés individuels et en groupe ont été menés de mai à août 2019.

Nous avons réalisé 7 entretiens individuels et rencontré 25 professionnels lors des focus groups. La diversité des profils des acteurs terrain était la priorité de l'enquête, afin d'explorer les points de vue multiples. Les entretiens approfondis (n=7) avec des professionnels du secteur de la santé ont permis d'explorer leurs représentations sociales et leurs pratiques en

lien avec l'accompagnement des parents. Nous avons ainsi réalisé des entretiens avec 2 pédiatres, 4 sages-femmes, 1 psychologue.

Nous avons mené 3 discussions de groupe réunissant des 5 assistantes sociales, 2 médecins, 3 sages-femmes, 8 puéricultrices, 1 éducatrice, 1 ergothérapeute, 2 psychologues, 3 secrétaires. Nous avons visité deux sites associatifs, dans le cadre d'une discussion libre.

Les entretiens conduits auprès des acteurs de terrain ont permis de cerner le contexte dans lequel les actions et interventions étaient menées, en termes de forces faiblesses opportunités et menaces (grille d'analyse stratégique SWOT [68]). Ces entretiens avaient pour but de recueillir des éléments clés permettant de comprendre, dans l'environnement professionnel des acteurs, les freins et les leviers d'actions possibles en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé.

5.4.1. Universalité

L'un des premiers éléments analysés a été celui du caractère universel des interventions. Nombreuses interventions à Longwy et Esch-sur-Alzette sont proposées de manière systématique à tous les parents, et pour la plupart gratuitement. Elles sont financées par l'État selon une enveloppe nationale ou régionale, ou remboursées par la caisse de santé (Caisse Nationale de Santé au Luxembourg, Caisse Nationale d'Assurance Maladie en France).

La quasi-totalité des naissances ayant lieu en milieu hospitalier, toutes les femmes enceintes sont invitées à profiter des interventions proposées par la maternité. C'est aussi dans les maternités des deux villes que les associations (et institutions territoriales en France) présentent leurs activités, via des flyers ou lors d'interventions ponctuelles. Il s'agit notamment de puéricultrices qui présentent leur activité en rencontrant les mères dans leur chambre d'hospitalisation, ou en animant des ateliers de puériculture. C'est aussi l'école des parents à Esch-sur-Alzette qui propose une présentation de leurs activités lors d'une séance de préparation à la naissance. Les informations sur ces interventions sont disponibles sur internet et sont relayées par les médecins obstétriciens, les secrétariats des consultations de suivi de grossesse. De plus, au moment de l'accouchement, toutes les jeunes mères sont informées de la possibilité de bénéficier de visites à domicile dès la sortie de la maternité.

Freins et leviers à la mise en œuvre d'interventions universelles

Ces interventions universelles dans leur présentation ne le sont cependant pas toujours dans les faits. Il y a un écart entre la vraie vie et celle qui est formalisée.

En effet, il apparaît parfois que dans les contextes culturels, socio-organisationnels des appréhensions subjectives interviennent comme des freins à la mise en œuvre interrelationnelle et opérationnelle tant du côté des certains parents que du côté de certains professionnels. Dans d'autres circonstances, ce sont des manques dans l'organisation, ou dans les routines qui induisent un type d'intervention à l'accompagnement. Dans d'autres situations, ce sont des leviers d'adaptation des professionnels aux besoins implicites des parents qui apparaissent. De notre recueil de données, il ressort un certain nombre de freins, et de leviers qui s'inscrivent dans une démarche rigoureuse d'évaluation réaliste des interventions.

Parentalité et genre

L'étude de cas a montré que très peu de pères ont participé à l'enquête (1/5 des répondants). Les professionnels chargés de la diffusion des questionnaires et du recrutement des

participants avaient cependant reçu la consigne de proposer aux deux parents de participer, en délivrant un second questionnaire à faire compléter.

Ce résultat peut s'expliquer en partie par le fait que les lieux de recrutement des parents ont été en grande partie les lieux de consultation de suivi prénatal et postnatal ; alors que les consultations pédiatriques et les visites à domicile postnatales ont constitué plus du quart des réponses. Il demeure intéressant de s'interroger si les professionnels ont favorisé le recrutement des femmes, ou si les hommes ne fréquentent pas ou peu les lieux dans lesquels l'enquête est déployée. Les deux pédiatres partenaires ont confirmé que les mères viennent consulter presque toujours sans le père, à l'exception de la première visite.

L'analyse de discours des professionnels confirme cette prédominance féminine derrière le mot « parent » prononcé 87 fois. Ainsi le mot « mère » a été prononcé 26 fois et « maman » 31 fois, contre 2 fois pour « père » et 9 fois « papa ».

Rappelons que les questionnaires ont révélé que plus de 42% des parents pensent qu'après la période qui suit le congé de maternité, il est mieux que la mère s'arrête de travailler, et aucun parent ne déclare qu'il est mieux que ce soit le père.

Barrière linguistique

A l'unanimité, les professionnels des deux territoires étudiés ont décrit des difficultés liées à la barrière linguistique. L'intervention d'un interprète professionnel ou de la famille, bien que fréquemment utilisée, soulève des questions liées au respect du secret et de l'intimité autour de thèmes qui le nécessitent d'emblée s'agissant de la parentalité. Ces questions de limites linguistiques soulèvent aussi des aspects liés aux référentiels culturels et sociaux, aux représentations qui sont difficilement abordables alors même qu'ils sont le cœur du sujet.

La barrière linguistique participe d'emblée au nonaccès aux différents services lorsque les parents sont informés par courrier postal ; c'est le cas notamment à Longwy, où un courrier est envoyé systématiquement, informant de la mise à disposition des services de la Protection Maternelle et Infantile.

« La barrière linguistique : moi je trouve que c'est une grosse difficulté. » EL dit une enquêtée de Longwy.

« Aux séances de préparation à la naissance, il n'y a que les femmes qui parlent français » AL dit une autre enquêtée. Notons que des cours de « préparation à l'accouchement » sont dispensés en plusieurs langues à Esch-sur-Alzette, alors que ce n'est pas le cas à Longwy.

Il semblerait que les problèmes de langue soient moins prégnants au Luxembourg qu'en France. En effet, historiquement, le Grand-Duché du Luxembourg a toujours développé une culture multi linguiste. D'ailleurs, il existe trois langues officielles : le luxembourgeois, le français et l'allemand.

5.4.2. Temporalité et continuité des actions

En termes de diversité des actions et de modulations en fonctions des besoins des parents, les professionnels indiquent qu'il existe de nombreuses propositions en matière d'accompagnement pendant la grossesse, au retour immédiat à domicile et puis ensuite les actions manquent. Les sages-femmes et pédiatres en témoignent.

- « Les femmes enceintes ou juste après l'accouchement sont submergées dans un bain d'informations, de services. Les mamans se plaignent à la maternité : tu dois apprendre à s'occuper du bébé et tu as plein d'infos qui te tombent dessus. Et une fois à la maison, les femmes ont besoin de ceci de cela mais elles se demandent à qui s'adresser maintenant ? » CE puéricultrice
- « Quand on est jeunes parents, on ne se pose pas de questions, elles viennent au fur et à mesure. » PL pédiatre
- « Elles sont 3, 4 ou 5 jours à la maternité, puis je passe les voir à la maison jusqu'au J12 mais ensuite, c'est peut-être le plus dur pour elles, ces deux premiers mois jusqu'au début de la rééducation. » AL sage-femme

Alors que les pères ont repris le travail, les mères témoignent de leur isolement auprès des professionnels. Sur l'ensemble des deux territoires, il n'existe qu'un seul lieu dédié uniquement à la rupture de l'isolement, sans concept d'éducation à la santé sous-jacent : il s'agit du lieu d'accueil parents-enfant situé à Longwy.

- « L'accompagnement c'est une perception de chaque professionnel : ne pas toujours être la professionnelle qui sait. Dans le centre d'accueil parent-enfant, les échanges entre parents ont beaucoup plus d'impact. Les parents ont leurs solutions. » AL sage-femme
- « Des patientes jeunes, elles ne se sentent pas à l'aise et elles n'ont pas besoin qu'on les dévalorise. Avoir un enfant ce n'est pas facile, c'est un gros bouleversement. Alors si tu n'as pas autour de toi des personnes pour t'accompagner, il y a moyen de péter les plombs. » NE sage-femme

5.4.3. Adaptation aux besoins parentaux

S'adapter à la demande des parents est une préoccupation essentielle des professionnels qui proposent des modalités d'accompagnement diverses.

- « De plus en plus de parents rédigent un projet de naissance, que l'on essaye de prendre en compte au maximum dans notre prise en charge. » EL sage-femme.
- « Le premier objectif des séances c'est d'informer les parents. (...) Donner une information objective. C'est répondre à leurs questions, à leurs attentes, faire connaître les réseaux à l'extérieur. » CE puéricultrice
- « Accompagner les parents pour moi c'est réaliser des cours de préparation à la naissance, individuellement. Les parents n'apprécient pas tous les cours collectifs parce qu'ils n'ont pas envie d'entendre les histoires des autres, ils n'apprennent pas assez ciblés sur leur histoire. Individuellement, les parents peuvent poser toutes les questions qu'ils veulent, sans peur ni honte. » AL sage-femme.

Cependant, de manière récurrente les professionnels ont évoqué le fait que les parents ayant peut-être besoin d'aide ne le demandait pas.

- « Dans les petits villages les femmes viennent moins à la consultation, ce n'est pas la même population. » IE assistante sociale.

Quelles pistes explicatives.

C'est dans l'analyse du corpus des entretiens que des pistes explicatives apparaissent, notamment sur le manque d'énergie, d'intérêt ou de disponibilité :

- « Les gens sont extrêmement reconnaissants que je vienne à domicile, que je les aide, qu'ils ne doivent pas se déplacer avec le bébé. » NE déclare une sage-femme.
- « Le congé de maternité ce n'est pas vraiment un congé » PL pédiatre
- « Si on a des soucis financiers, de couple, avec d'autres enfants, avec tout ce qu'on doit gérer, alors on a d'autres priorités qu'aller encore dans une consultation ou autre chose ». DE assistante sociale

Les professionnels adaptent les heures de cours ou de groupes de parole au rythme des parents : « Tu t'adaptes au public, aux heures qui leur sont disponibles, par exemple des groupes de parole du soir. » IL, puéricultrice.

La crainte d'être stigmatisé en affichant sa détresse, son manque d'assurance, de repères, de réseau d'appui, ses conditions matérielles constitue une seconde piste.

- « Après 5 nuits d'insomnie, tu as envie de le jeter (ton bébé) et c'est normal, mais ça on ne peut pas le dire parce que dans la société c'est très mal vu. » TE Psychologue

Les normes sociales associées à la venue d'un enfant freinent les mères à évoquer les moments de désarroi.

- « Les femmes ne montrent pas leur désarroi, elles prennent sur elles, beaucoup » AL sage-femme.
- « Beaucoup de jeunes femmes sont un peu perdues, et je vous dirais que ce sont souvent des mamans que je vois seules lors des premières consultations. » PL pédiatre

5.4.4. Crainte des services sociaux

La crainte des services sociaux est un leitmotiv dans le discours des professionnels : les parents craignent que les services sociaux ne dénoncent leur condition et ne les séparent de leur.s enfant.s. Il semblerait qu'il s'agisse là d'un élément important du nonaccès.

- « Il y a un regard un peu péjoratif sur la PMI. Comme si on ne savait pas s'occuper de nos enfants nous-mêmes. » EL sage-femme
- « Les gens ne connaissent pas la PMI et il y a la crainte du signalement, du placement d'enfant, de l'intrusion dans l'intimité familiale. » ML sage-femme
- « Les personnes que nous pensons nécessiteuses, où il y a vraiment des soucis sociaux ou autres, celles-là se disent que « je suis stigmatisé déjà et si je vais là je vais l'être doublement ! » » IE assistante sociale

Les professionnels comprennent parfois difficilement les modalités d'accompagnement qui sont imposées aux familles.

- « On n'est pas toujours d'accord avec nos collègues assistantes sociales sur les critères de prise en charge. » IL puéricultrice
- « J'ai vécu une expérience horrible où les enfants réclament leur mère dans le foyer. Mieux vaut soutenir ces mères là que de les séparer. » TE psychologue
- « Je me demande pourquoi une famille voit son bébé retiré et pour une autre famille on met tout en place pour que le bébé puisse rester dans la famille. » NE sage-femme

5.4.5. Influence et concurrence

Un autre élément analysé a été celui du discrédit et de la concurrence des professionnels les uns envers les autres. En effet, des conseils nombreux sont donnés par les professionnels souvent recherchés par les parents, et ces conseils ne permettent pas toujours d'aider les parents dans leurs questionnements quotidiens, voire même les entravent.

- « La norme est toxique ; le multiculturel est loin de la norme de ce qui est dit à l'hôpital par exemple. A l'hôpital la norme n'est pas la réalité de la vie. Tous les professionnels qui ont travaillé à l'hôpital puis à domicile le savent bien. » CE puéricultrice.
- « On dit aux femmes qu'elles font mal, qui ne faut pas faire ci, pas faire ça. L'idée c'est d'être déjà bienveillant, de dire "non, vous avez bien fait". C'est important de renforcer leurs compétences. On n'est pas dans le même état d'esprit qu'à la maternité où il y a des critères : les parents doivent savoir baigner, changer. » IL puéricultrice.
- « À l'hôpital, et dans tous les hôpitaux, c'est exactement la même chose, les professionnels expliquent des choses contradictoires et les gens ne savent pas faire la part des choses. » NE sage-femme

Les conseils donnés par la famille et le réseau de soutien soulèvent aussi ces questions d'influence :

- « Mais allez dans un groupe, vous verrez que toutes les mamans ont souvent des problèmes avec leur maman, à mon époque c'était comme ça. Ensuite il y a aussi les jalousies entre mères et belles-mères. » TE psychologue.
- « Les mamans ont besoin de voir comment font les autres mamans, et ne doivent pas culpabiliser de ne pas faire comme on leur dit de faire. Les grands-mères s'occupaient différemment de leur bébé il y a 20-30 ans. » PL pédiatre.

Le caractère obligatoire ou facultatif des visites et consultations impacte leur fréquentation, mettant en tension les différentes disciplines, comme en témoigne une puéricultrice :

- « Entre deux services gratuits, les parents préfèrent aller chez le médecin, parce que quand le médecin dit quelque chose ça a une plus grande valeur. » CE
- « Il y a aussi l'idée que l'on va à la consultation nourrisson parce que l'on n'a pas les sous pour se payer un pédiatre » IE assistante sociale

A Esch-sur-Alzette comme à Longwy, pour ouvrir les droits à certaines allocations, les parents doivent justifier de plusieurs consultations perçues comme obligatoires ; ainsi en témoigne ce pédiatre : « Les gens viennent chaque mois, c'est prévu, organisé comme ça » BE

5.4.6. Coordination des professionnels

Les maternités des deux sites sont le lieu de réunion de coordination entre institutions « une fois par mois avec l'équipe de la maternité, service social, la psychiatrie, et la PMI, les dossiers traités au cas par cas, dans le but d'optimiser la prise en charge avec des partenaires multiples ». ML sage-femme.

La formation professionnelle permet la réflexion pluridisciplinaire, comme en témoigne ce pédiatre : « On a eu des formations avec des psychothérapeutes, des psychiatres, des éducateurs, des enseignants. On a rencontré ces gens au cours des formations pour élargir le réseau autour de l'enfant. Il y a 30 ans lorsque j'ai débuté chacun travaillait dans son coin et on a tous ressenti le besoin de réseau ». PL pédiatre.

Cependant, tous n'y trouvent pas leur intérêt : « Je travaille beaucoup, je préfère consacrer le reste de mon temps à ma vie privée plutôt que d'aller écouter des conférences. » BE pédiatre.

5.4.7. Contraintes professionnelles

Plusieurs éléments contextuels sont évoqués concernant les contraintes professionnelles. D'une part le manque d'effectif oblige à sélectionner les familles.

- « Je refuse parfois des patientes parce que je manque de temps, et j'accepte d'abord les gens qui m'ont contacté pendant la grossesse. » AE sage-femme
- « Manque de temps ça signifie moins fréquent, ou plus tard, ou renoncement à une visite en se limitant à donner de l'information. » ML sage-femme
- « Les gens ont du mal à avoir un rendez-vous chez le pédiatre. Les pédiatres ne prennent plus de nouveaux patients. » CE puéricultrice
- « Nous ne sommes pas assez nombreuses, je pense que c'est parce que l'activité est moins bien payée qu'à l'hôpital. Je pense aussi que les jeunes collègues préfèrent la sécurité de l'hôpital, dans le sens d'avoir une paye régulière, d'avoir des congés payés. » NE sage-femme

D'autre part certaines directives institutionnelles contraignent à ne pas aider les parents qui en auraient prioritairement besoin.

- « La priorisation : ce sont les directives (...) pas forcément les plus pertinentes : priorité aux situations les plus défavorisées alors que certaines familles avec des bonnes catégories socioprofessionnelles sont en difficulté avec leur enfant. » ML sage-femme

Les critères de sélection semblent partiellement arbitraires pour les professionnels.

- « Les informations préoccupantes en lien avec les signalements d'enfance en danger sont prioritaires par rapport aux visites post natales. » IL puéricultrice
- « La priorité est donnée aux situations d'urgence aux dépens de la prévention. » DL assistante sociale

Les professionnels sont nombreux à évoquer les contraintes procédurales. Les protocoles institutionnels sont vécus comme un frein à l'adaptation au public.

- « Le plus grand frein c'est la part "administrative" du travail. On a l'impression d'être contrôlés dans ce que l'on fait. (...) Les procédures se sont rigidifiées, aucune initiative possible. (...) le plus important est de remplir la bonne case, de suivre la bonne procédure, sinon attention aux répercussions. » IL puéricultrice
- « On est pas du tout autonome, on est toujours dépendantes de la volonté du médecin. On doit toujours courir après ces ordonnances et c'est pénible. » AE sage-femme

Depuis plusieurs années, la maternité de Longwy est menacée de fermeture, et la maternité de Esch-sur-Alzette connaît une baisse du nombre d'accouchements. Ces conditions créent des tensions professionnelles importantes, comme en témoigne EL sage-femme : « On craint la fermeture de la maternité. »

5.5. Synthèse des études de cas

La théorie affinée intègre les données de l'étude de cas à celles de la revue. Elle est présentée dans le chapitre 6.

6. Synthèse

6.1. Synthèse des principaux enseignements de la revue

6.1.1. Approche individuelle versus structurelle

Les revues analysées sont pour la plupart centrées sur les pratiques des professionnels. Les programmes étudiés concernent essentiellement l'amélioration des connaissances et capacités des mères.

Comme explicité en introduction générale, les leviers essentiels pour réduire les inégalités sociales de santé sont ceux mobilisés à l'échelle macrosociale. Or, la revue de littérature nous montre que les principaux leviers mobilisés sont d'abord le système de soin, avec un objectif plutôt centré sur les connaissances. Ces discordances, entre un plaidoyer pour des interventions structurelles sur des déterminants macrosociaux et un mode d'action centré sur les comportements individuels mobilisant le système de soin, restent à interroger.

6.1.2. Approche contextualisée et transférabilité

Les auteurs estiment que les interventions pourraient gagner en qualité en développant des recherches complémentaires qui étudieraient le contenu, la mise en œuvre et les résultats de ces interventions. Les auteurs notent que le contexte dans lequel les interventions se déroulent est peu considéré, trop peu ou pas du tout décrit, rendant difficile leur évaluation.

En matière d'interventions complexes, le résultat est autant le fruit du contexte que des leviers interventionnels liés au contexte économique, organisationnel, social, culturel. Ainsi, aujourd'hui, certains auteurs raisonnent en terme de « système interventionnel » plutôt que d'intervention [69]. La question de transférer des programmes ou des interventions dans des contextes différents est ici soulevée : ce sont des résultats contextualisés qui permettent d'envisager cette transférabilité. En effet, la théorie affinée, intermédiaire, permet d'inspirer la conception d'interventions qui font appel aux mêmes mécanismes.

Or, la revue de littérature explicite que le contexte est justement peu décrit ; il s'avère donc nécessaire de l'explorer. C'est ce que permet l'enquête de terrain : produire de la connaissance en contexte.

Les connaissances actuelles reposent sur des revues de littérature réalisées par des auteurs pour la plupart nord-américain : l'intérêt de produire ces connaissances dans un contexte européen trouve ici tout son sens.

6.1.3. Intégration de la lutte contre les inégalités sociales de santé dans les actions et dans la recherche

Accompagner la parentalité améliore la santé des mères et des nouveau-nés fait consensus. Cependant, si les leviers de lutte contre les inégalités sociales de santé sont décrits par quelques auteurs, les revues de littérature montrent qu'ils sont peu ou pas du tout considérés par les chercheurs.

Cette synthèse des connaissances actuelles concernant l'action sur les inégalités sociales en matière de santé périnatale montre que l'approche reste à la fois modeste et réductrice. D'une part, très peu d'auteurs se sont penchés sur la notion d'équité en matière de santé et, d'autre part, la vision des inégalités sociales de santé reste limitée. Les programmes destinés aux parents ne concernaient généralement que les mères et les actions visaient généralement les populations les plus défavorisées, sans tenir compte des gradients sociaux de la santé.

Les interventions de soutien aux parents sont complexes. Leurs effets sont variables et résultent de multiples actions impliquant différentes parties prenantes interagissant dans et avec un environnement dynamique particulier. La recherche doit considérer ces éléments.

6.2. Synthèse des principaux enseignements des études de cas

Les principales constatations issues du terrain sont pour la plupart des éléments retrouvés dans la revue de littérature ayant constitué les éléments théoriques initiaux ; et des éléments propres aux territoires étudiés ont émergé. Nos deux terrains ont permis de montrer des éléments récurrents malgré les différences de territoire.

Les leviers mis en action sur le terrain confirment les éléments de la littérature. Globalement l'ensemble des actions visent à améliorer les compétences et connaissances des parents. Ces actions sont collectives (cours pour les parents, séances d'informations, conférences) ou individuelles autour des questions de puériculture. Elles ont lieu dans les institutions (maternités, associations) ou à domicile. Les pères sont peu concernés par les actions.

Le terrain a permis de compléter ces données de la littérature en apportant le point de vue des professionnels. Ainsi le discours des professionnels a permis de comprendre certains éléments importants. Notamment, la barrière linguistique constitue un élément de nonaccès, mais pas seulement. L'utilisation d'interprète renvoie aux problématiques du secret, du respect de l'intimité. L'adaptation aux besoins des parents, décrit comme un moyen efficace d'accompagner les parents soulève plusieurs questions, comme en témoignent les professionnels. Les parents qui ont besoin d'aide ne décrivent pas aisément leurs difficultés, pour plusieurs raisons :

- La crainte d'être stigmatisé en affichant son manque d'assurance, sa méconnaissance, son désarroi matériel.
- la crainte de dévoiler son mode de vie familial, renvoie à la question des normes implicites renvoyés par les professionnels et les représentations sociales.
- et surtout la crainte des services sociaux eux-mêmes. En effet, la barrière qui sépare le contrôle de l'accompagnement semble être en jeu dans les raisons du nonaccès aux services proposés par professionnels.

Les problématiques d'organisation des professionnels ont été évoquées : concurrence entre champs disciplinaires, freins à la communication, lourdeur des procédures institutionnelles.

6.3. Synthèse globale : théorie de moyenne portée

Nous pouvons énoncer quelques configurations d'interaction entre le contexte et les résultats à travers des mécanismes hypothétiques nouveaux qui alimentent la théorie de moyenne portée. Nous en présentons quelques-unes ici où C est l'abréviation de Contexte, M de Mécanisme, R de résultat.

Mécanisme 1- universalisme proportionné

Tous les parents reçoivent de manière universelle des informations (Esch-sur-Alzette et Longwy) sur les services qui leur sont destinés (R) *via* des médias écrits, parlés, affichés que dispensent des professionnels variés (M), dans des contextes où la barrière linguistique (C1) et le moment où l'information est dispensée (C2) influence fortement les résultats.

Des médias sont rédigés et affichés en plusieurs langues permettant un accès plus universel, cependant les courriers administratifs sont rédigés pour la plupart en français (C1). Les professionnels utilisent des outils de traduction ou l'aide d'interprètes qui sont pour la plupart des membres de la famille (C1).

Tous les parents peuvent bénéficier de services gratuits (R), telles que des visites à domicile en *post-partum* immédiat (M1) et des consultations dans les centres médico sociaux (M2) ; ou encore des séances d'éducation à la santé dans des associations ou les maternités (M3). La fréquentation des services est influencée par leur caractère gratuit et facultatif. Ainsi, alors que les frais des consultations médicales obstétricales et pédiatriques doivent être avancés à Esch-sur-Alzette (C1) et ne le sont partiellement pas à Longwy (C2), leur fréquentation est très élevée. L'attribution d'allocations familiales (C1 et C2) étant dépendante de l'assiduité aux consultations médicales, leur fréquentation est nettement plus intense que celle des services facultatifs (R).

Certaines familles et particulièrement **les plus démunies socialement, ou économiquement semblent profiter peu des services** (R). Sur les deux sites étudiés, les professionnels témoignent que les parents craignent de montrer qu'ils manquent de connaissances ou de moyens financier (C). Ainsi, les visites à domicile sont peu nombreuses dans ces familles (R1), préférant les consultations dans une institution ou chez un professionnel de santé (R2) afin de ne pas dévoiler leur contexte de vie. De manière globale les services sociaux sont perçus négativement (M1) comme étant une menace à la liberté d'exercer sa parentalité selon ses référentiels culturels c'est-à-dire différemment de la norme portée par les professionnels. De plus, les services sociaux sont perçus comme une menace de placement des enfants, de dénonciation à l'autorité juridique (M2).

Les stratégies d'interventions sont diversifiées (M) **en fonction des publics à qui elles s'adressent**. A Longwy comme à Esch, certains professionnels pour la plupart en exercice libéral (C1) décrivent leurs pratiques professionnelles comme s'adaptant en permanence à la demande des parents (R1). Ces pratiques s'opposent aux soins standardisés (R2) dispensés dans les structures hospitalières (C2) qui s'appuient sur des protocoles institutionnels.

Mécanisme 2- coordination des intervenants en lien avec l'accompagnement à la parentalité.

L'articulation entre acteurs (M) est limitée avec des configurations différentes sur les deux sites.

A Esch-sur-Alzette, de manière générale, les actions s'articulent peu (R) les unes aux autres. Le contexte historique (C) de **concurrence professionnelle** (M) entre professionnels libéraux et services associatifs reste une entrave à la communication et à l'orientation des parents vers des confrères ou institutions de soutien (R).

A Longwy, dans le cadre de l'organisation du retour à domicile en *post partum* (C1) ou des recommandations du réseau périnatal (C2), les professionnels orientent les parents vers des structures ou des intervenants d'autres disciplines, de façon assez habituelle (R), sans pour autant que les **professionnels se connaissent ou échangent** des informations entre eux (M).

Dans les deux sites, **l'accès à des formations pluridisciplinaires** existent (C) et les professionnels y participent de manière très variable (R) selon que les professionnels ont une contrainte législative ou institutionnelle. L'argument de la disponibilité en temps, du coût des formations, de la perte financière pendant le temps de formation (M1) semblent impacter fortement le manque d'investissement (R1). Alors que la motivation personnelle liée à l'intérêt à s'ouvrir au travail en réseau (M2) favorise l'implication dans des formations pluridisciplinaires (R2).

En termes de complémentarité des interventions (M), deux contextes interagissent avec les résultats :

- les deux sites organisent des réunions pluridisciplinaires et pluri-institutions (M), permettant un accompagnement global et cohérent des situations (R), mais quasi-uniquement dans le cadre de signalements de situations (C) où les enfants sont en danger potentiel ou les parents sont en difficulté socio-économique.
- les deux sites souffrent d'un manque de pédiatres (C). Le manque de confiance (M1) envers les compétences des autres professionnels et institutions est particulièrement marqué à Esch ; alors qu'à Longwy, il s'agit plus clairement d'un manque d'effectif (M2).

Il en résulte un débordement des consultations pédiatriques dans le service des urgences à Longwy (R1) et d'une surcharge de l'agenda des consultations pédiatriques de ville à Esch (R2). Nombre de ces consultations ne reposent pas sur une demande de prise en charge médicale à proprement parler, mais sont de l'ordre d'un accompagnement proposé par d'autres professionnels ou structures auxquels les parents ne font pas appel (R3).

Mécanisme 3 - intégration des contraintes liées à la vie quotidienne

Les consultations sont accessibles (R1) aux parents qui bénéficient d'une organisation (C) permettant de se libérer (M1), d'y accéder avec les moyens de transports (M2). Les femmes isolées (C1), ayant d'autres enfants (C2), parlant une langue étrangère (C3), connaissant mal le système de santé (C4) consultent difficilement (R2).

L'environnement familial (C) représente à la fois un soutien organisationnel et affectif (R1) et une contrainte (R2) pour les parents qui se sentent parfois jugés par leurs proches (M).

Mécanisme 4 - participation active des parents

Les parents ayant un niveau d'éducation élevé (C1) affichent leurs besoins, questionnements, doutes (R1) et consultent dans une démarche de recherche d'assurance (M1). Alors que les parents en grande difficulté socioéconomique, ou psychologique, ou éducative (C2) craignent (M2) de demander de l'aide et consultent peu (R2).

Les professionnels s'enrichissent (M) de l'observation et l'accompagnement des parents aux pratiques et référentiels divers (C), permettant d'adapter leurs pratiques aux contextes culturels divers (R).

Certaines configurations Contexte-Mécanisme-Résultat ont été retrouvées dans les deux territoires étudiés. Nous pouvons ainsi, à partir de configurations récurrentes, présenter la théorie de moyenne portée, synthétisée dans la *figure 11*.

Les éléments de Contexte sont présentés en jaune, les Mécanismes en orange, les Résultats à court et long terme sont présentés en gris. Les éléments de résultats intermédiaires ne figurent pas dans ce schéma, ils sont décrits dans les configurations C-M-R du paragraphe 6.3 précédent.



Figure 11. Théorie de moyenne portée de lutte contre les inégalités pendant la période périnatale.

6.4. Discussion

Quels leviers pour lutter contre les Inégalités sociales de santé ?

Au regard des recommandations en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé énoncées par les auteurs des revues de littérature, nous pouvons discuter les leviers retenus.

La théorie de moyenne portée montre que pour être efficace en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé, les actions doivent porter sur les déterminants structurels, à l'échelle macrosystémique. Or le terrain montre que ce sont d'abord des actions centrées sur les comportements individuels qui sont en œuvre.

La théorie nous montre que l'universalisme proportionné est efficace en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé. Or le terrain nous apprend que les populations qui ont besoin d'être accompagnées sont celles qui ne demandent pas d'aide. Les écarts s'agrandissent puisque les actions profitent aux parents qui ont une certaine aisance financière ou éducative.

Intégrer la diversité des familles, la multiplicité des points de vue parentaux à la réponse apportée par les professionnels est efficace. Or le terrain nous apprend que la hiérarchisation des savoirs experts et profanes est un frein à cette adaptation aux besoins des familles.

En conclusion, si globalement les politiques ont pris la mesure de l'importance de lutter contre les inégalités sociales de santé, ces exemples montrent que les stratégies en place ne sont potentiellement pas les plus efficaces. Les stratégies sont individuelles, les actions ciblées, les approches visent les comportements individuels. Ainsi, les évolutions conceptuelles des années 1980 et 1990, qui ont transformé les modèles expliquant l'état de santé, ne se sont pas traduites dans les interventions et politiques de santé. Les pratiques restent marquées par le modèle biomédical. Plus de trente ans après la charte d'Ottawa, l'évolution de la prévention vers la promotion de la santé reste à faire [70].

Au-delà de ces considérations générales, nos observations nous amènent à discuter un certain nombre de points thématiques.

Parents : père et mère ?

Les éléments issus des entretiens rejoignent les conclusions de la revue de littérature autour de la question de la parentalité qui englobe majoritairement des actions visant les mères uniquement. Cette question de l'asymétrie père-mère a été analysée récemment dans une étude suisse [71], confirmant que devenir parent accentue les inégalités homme-femme.

Cette problématique n'est pas spécifique au champ de ce travail et relève des représentations sociales, du partage des tâches au sein de la famille, des écarts de salaires hommes-femmes, de l'accès au congé parental, des pratiques professionnelles en lien avec l'accompagnement des parents.

Accompagnement, soutien ou contrôle ?

La délicate frontière entre accompagnement et contrôle renvoie directement à des questions d'équité.

Tout d'abord, l'attribution des missions conjointes d'accompagnement et d'évaluation des parents par les mêmes services pose question. Elle renvoie directement aux hypothèses de

non-recours des parents qui en auraient le plus besoin, par crainte de stigmatisation et ou de sanction.

De plus, les référentiels sur lesquels reposent les éléments normatifs de « bons » parents, de « situations à risque » restent à interroger. Comment procéder à une standardisation des référentiels alors même que la revue de littérature rappelle que d'une part, la parentalité ne relève pas uniquement du ressort individuel des parents [34,41], d'autre part la parentalité est unique pour chacun, affectée par les attentes culturelles et sociétales, les modes de vie [46].

Enfin, les missions relevant de la protection de l'enfance puisque définies comme prioritaires, laissent en conséquence peu de place aux mesures universelles.

Ces éléments de réflexion rejoignent les propos de Martin et al. dans le rapport *Accompagner les parents dans leur travail éducatif et de soin. État de la question en vue d'identifier le rôle de l'action publique* : « Les puéricultrices (...) qui avaient mobilisé beaucoup d'énergie à se décentrer de la mission de contrôle et de normalisation des comportements qui leur avait été historiquement confiée, se sont vues rattrapées par la mission de l'évaluation du danger qui leur est demandée notamment par le biais des informations préoccupantes » [72].

Apprendre à être parent ?

Alors que les revues de littérature sont pour la plupart centrées sur les pratiques des professionnels, les programmes étudiés concernent essentiellement l'amélioration des connaissances et capacités des mères.

Connaissances et *capacités* sont en phase avec les pratiques évaluatives de situations à risques telles que développées plus haut. Cependant, elles interrogent à plusieurs titres.

Se centrer sur des comportements individuels pose question. L'épidémiologie sociale, l'épidémiologie long life course, les travaux en sciences humaines et sociales n'ont cessé de démontrer ces dernières décennies que les comportements individuels sont influencés par des éléments contextuels sociaux très éloignés des comportements individuels. Les interventions visant les changements de comportement ont davantage de risque d'aggraver les inégalités sociales de santé que celles qui agissent sur des éléments structurels ou politiques [8,73,74].

Par extension, pouvons-nous ici nous autoriser à interroger d'une part les collaborations inter et pluri-professionnelles ; d'autre part qu'en est-il des besoins des parents d'ordre matériel tels l'accès à un logement adéquat ou l'accès à un moyen de garde adapté ?

S'adapter aux problématiques, aux demandes des familles aussi diverses que nombreuses s'oppose aux standards et protocoles institutionnels. Les professionnels semblent donc pris au piège d'injonctions contradictoires.

Ainsi, *connaissances* et *capacités* sous-tendent la dimension de hiérarchie des savoirs experts et profanes. Rappelons que la plupart des actions sont réalisées par des professionnels, au profit des parents, soulevant la question implicite d'une hiérarchisation des savoirs [33,41,48]. En ce sens, les savoirs traditionnels, ceux du groupe, ceux issus de la transmission de mère à fille tendent à être dévalorisés. Il paraît intéressant cependant de rappeler que la puériculture est née de la volonté de contrôle sanitaire, fondée sur un discours médical à la fois injonctif et normatif [49].

Valoriser les groupes de pairs, dans des lieux de rencontre informels non centré sur des actions d'éducation semblent être une piste que valorise les professionnels eux-mêmes. L'isolement des mères reste un élément important à considérer parallèlement.

Le réseau de soutien : comment le considérer ?

La revue de littérature a montré que l'aspect relationnel, le lien social sont peu étudiés alors qu'ils représentent un moyen solide de prévenir ou de réduire les risques de la dépression, le stress, l'anxiété et autres maladies mentales et permet d'augmenter le sentiment de maîtrise. Cette revue des revues révèle cependant que les études axées sur la capacité d'écoute, la qualité de la relation professionnel-mères-parents-nouveau-né sont sous représentées [41,46].

Alors même que l'enquête de terrain a montré que les parents étaient soutenus en grande partie par leur entourage familial, considérer ces aidants dans les actions en faveur des parents reste une question ouverte.

Les associations, l'offre de santé et la sphère privée

Alors que les parents craignent l'intrusion dans la sphère privée, que les conseils experts ne semblent pas être la seule réponse attendue pour répondre à leurs besoins, il serait intéressant de s'interroger sur la raison d'être des associations en lien avec l'accompagnement à la parentalité.

L'offre associative apporte une offre complémentaire à l'offre en santé en termes de contenu (ateliers, conférence, groupes de discussions), de modalités (langues multiples, larges horaires), de propositions (vestiaire social, informations sur les réseaux d'entraide). S'agit-il là de pallier les manques institutionnels ? La question reste à interroger.

6.5. Forces et limites

La synthèse des connaissances a été réalisée à partir de bases de données bibliographiques en santé privilégiant les données quantitatives, occultant ainsi probablement certains points d'approche plus qualitatifs.

De plus, les publications scientifiques sont généralement peu précises sur le contenu des interventions et des contextes [75,76] et n'expriment pas le point de vue des acteurs mais des chercheurs. D'où l'intérêt de l'étude de cas, permettant de détailler en profondeur les leviers interventionnels, les contextes et les éléments de mécanismes du point de vue des parties prenantes. Les deux méthodes d'investigation sont donc complémentaires de par leurs forces et faiblesses respectives.

De même, la revue privilégie des études anglo-saxonnes (notamment d'Amérique du Nord), le cas permet d'apporter un point de vue d'un contexte européen.

Dans l'approche réaliste c'est la récurrence des observations à travers les cas qui permet de progressivement affiner la théorie. Deux cas permettent ainsi une première approche mais pas de tirer de conclusions définitives. La synthèse que nous avons effectuée reste enfin à confronter aux parties prenantes. Pour les professionnels, cela pourra prendre la forme de séminaires qui pourraient être organisés à Longwy et Esch-sur-Alzette. Les professionnels de santé, les associations, les politiques seraient invités à une présentation des résultats. Des entretiens de groupe ou individuels pourraient être organisés autour de cette synthèse afin de recueillir leurs points de vue. Organiser des entretiens avec les parents reste à faire, pour affiner, valider, compléter les éléments constitutifs de la théorie de moyenne portée.

Notons que malgré les limites des deux méthodes, il apparaît qu'elles se rejoignent dans leurs conclusions : ceci renforce la validité de nos résultats.

6.6. Perspectives

En termes de recherche

Comme indiqué dans les limites, seule la multiplication des cas permettra d'affiner et renforcer la théorie. Il s'agira aussi de confronter cette première théorie aux parties prenantes. Ce travail reste à faire, il est prévu début 2020 en Lorraine et au Luxembourg. De plus, un séjour au Québec est prévu début 2020 avec comme objectif de confronter la théorie aux pratiques et contextes Québécois, ce qui permettrait de mettre en évidence d'éventuelles tendances communes et des spécificités contextuelles.

Notre travail a permis de mettre en évidence de potentielles questions de recherche plus spécifiques qui mériteraient d'être approfondies. Il s'agit en particulier d'explorer la question du genre, de la norme, des relations interdisciplinaires et pluridisciplinaires.

Pour comprendre finement ce qui est en jeu à travers ces constats, il est nécessaire d'explorer la question du genre. En quoi les représentations sociales de la place et du rôle des hommes et des femmes influencent-elles les comportements différenciés des pères et des mères ? En quoi les pratiques des professionnels alimentent-elles ces représentations ou s'y soustraient-elles ?

La question de la coordination des professionnels nécessite d'être approfondie. Quels sont les freins sous-jacents aux pratiques plurielles, complémentaires et pourtant concurrentielles ? Le réseau de soutien familial est un élément que la théorie souligne comme important à intégrer en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé. Or le terrain confirme que les actions n'incluent qu'en partie l'environnement, voire pas du tout. Cette dimension nécessite de prolonger les investigations.

En termes de pratiques professionnelles et de santé publique

Il apparaît désormais important de mettre en discussion nos résultats en regard des politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé dans la période périnatale, et en regard des pratiques professionnelles de l'accompagnement.

En termes de politiques, le Haut Conseil de Santé Publique [77] recommandait notamment que soit affiché clairement l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans les programmes et actions. Nos conclusions donnent des pistes pour opérationnaliser cette recommandation. Il s'agit en particulier que toute politique périnatale affiche clairement dans ses objectifs la réduction des inégalités sociales de santé, qu'elle soit évaluée sur ces critères d'universalisme proportionné, de coordination interprofessionnelle, et d'actions reposant sur la diversité des besoins des parents.

En termes de pratiques, la théorie peut s'opérationnaliser en recommandations qui restent à partager et à formaliser. En particulier en réalisant des entretiens complémentaires avec

d'autres parents, et des professionnels. Dans le cadre de la restitution des résultats de cette recherche devant les professionnels libéraux et les structures hospitalières et associatives qui ont participé à l'enquête de terrain, il est prévu de recueillir leur point de vue en tant que parties prenantes. Nous nous proposons d'organiser des échanges et débats au terme de la présentation de notre démarche et des résultats sous forme d'ateliers d'expression pour amorcer un processus de changement des pratiques et d'interactions entre parents et professionnels. En janvier 2018, une communication des résultats préliminaires a été effectuée, en ce sens, au sein du groupe « Accompagnement à la parentalité et lutte contre les inégalités sociales de santé » de la Société Française de Santé Publique.

Les recommandations qui pourraient être mises en débat à l'échelle locale seraient, à titre indicatif, ceux listés ci-dessous. Il est à noter que nous n'émettons pas de recommandations en termes de leviers d'action mais en termes de mise en œuvre des interventions, comme par exemple :

- Organiser les actions de manière systématique en diversifiant l'offre en termes d'intensité et de modalités.
- Coordonner les intervenants selon un programme pluridisciplinaire construit conjointement incluant les parents.
- Intégrer les contraintes de la vie quotidienne des parents (par exemple le rythme scolaire de la fratrie, l'accès aux transports en commun, la disponibilité d'un tiers interprète)
- Valoriser la diversité des besoins des parents en y incluant leur réseau de soutien, et en considérant leurs besoins matériels ou organisationnels (adaptation du logement, accès à un mode de garde).

Ce projet de recherche novateur est l'occasion de rappeler que la problématique des Inégalités sociales de santé articulée à celle de la périnatalité et de la petite enfance constitue l'une des priorités de Santé Publique en France et en Europe. En France la Commission des 1000 premiers jours de la vie de l'enfant élabore une politique d'accompagnement à la parentalité, nos résultats pourraient contribuer à élaborer la future politique. Ainsi, après avoir réalisé un retour empirique auprès des différentes parties prenantes, nous proposerons des recommandations pour le développement des politiques qui intègrent la lutte contre les inégalités sociales de santé. En effet ces dernières concernent les problèmes de santé, de pédiatrie, d'obstétrique, mais aussi touchent aux questions de société, de relations et de régulations sociales. L'accompagnement aux premières années de vie apparaît comme un enjeu tant pour les familles que pour les professionnels. Cette recherche constitue un corpus de connaissances réuni au service de la réflexion et de l'action. Elle fait connaître notre cheminement et nos résultats sans trahir nos espérances initiales : co-construire, pour de meilleures politiques, de l'échange entre parents-professionnels-chercheurs et décideurs dans le cadre de réalités multiples.

Abréviations

AMSTAR	Assessment of multiple systematic reviews
ISS	Inégalités Sociales de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF	UNited nations ChildrEn's Fund (fonds des nations unies pour l'enfance)
PICOTS	Population Intervention Comarateur Outcomes Temporality Setting
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

Références

1. Marmot MG, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1978 Dec 1 [cited 2019 Oct 10];32(4):244–9. Available from: <https://jech.bmj.com/content/32/4/244>
2. Lang T, Ulrich V. Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. In https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf.
3. Blanpain N. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *INSEE* [Internet]. 2016 Feb;(1584). Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110#titre-bloc-6>
4. WHO | Commission on Social Determinants of Health - final report [Internet]. WHO. [cited 2017 Oct 3]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
5. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *Int J Health Serv* [Internet]. 1992 Jul 1 [cited 2019 Nov 29];22(3):429–45. Available from: <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
6. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* [Internet]. 2012 Sep 15 [cited 2019 Sep 28];380(9846):1011–29. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61228-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61228-8/abstract)
7. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med* [Internet]. 1990 Jan 1 [cited 2019 Oct 14];31(12):1347–63. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953690900743>
8. Evans RG, Marmor TR. Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie. *John Libbey Eurotext*; 1996. 372 p.
9. adsp n° 73 - Les inégalités sociales de santé [Internet]. [cited 2019 Oct 14]. Available from: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=113>
10. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe [Internet]. Institute for Futures Studies; 1991 Dec [cited 2019 Dec 1]. (Arbetsrapport). Report No.: 2007:14. Available from: https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html
11. Lang T. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. *Rapport du Haut Conseil de Santé Publique*. 2009 p. 99.
12. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2003 Oct [cited 2017 Oct 3];57(10):778–83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732305/>
13. Vandecasteele L. Life Course Risks or Cumulative Disadvantage? The Structuring Effect of Social Stratification Determinants and Life Course Events on Poverty Transitions in Europe. *Eur Sociol Rev* [Internet]. 2011 Jan 4 [cited 2016 Nov 17];27(2):246–63. Available

from: <http://esr.oxfordjournals.org/content/27/2/246>

14. Shanahan MJ. Pathways to Adulthood in Changing Societies: Variability and Mechanisms in Life Course Perspective. *Annu Rev Sociol* [Internet]. 2000 [cited 2016 Nov 17];26:667–92. Available from: <http://www.jstor.org/stable/223461>
15. Guyer B, Ma S, Grason H, Frick KD, Perry DF, Sharkey A, et al. Early childhood health promotion and its life course health consequences. *Acad Pediatr*. 2009 Jun;9(3):142-149.e1-71.
16. Shonkoff JP. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proc Natl Acad Sci* [Internet]. 2012 Oct 16 [cited 2016 Nov 18];109(Supplement_2):17302–7. Available from: <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1121259109>
17. Feinberg AP, Fallin MD. Epigenetics at the Crossroads of Genes and the Environment. *JAMA*. 2015 Sep 15;314(11):1129–30.
18. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*. 2009 Mar;12(3):342–8.
19. Weaver ICG, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci* [Internet]. 2004 Aug [cited 2016 Nov 18];7(8):847–54. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/nn1276>
20. Fumagalli F, Bedogni F, Perez J, Racagni G, Riva MA. Corticostriatal brain-derived neurotrophic factor dysregulation in adult rats following prenatal stress. *Eur J Neurosci*. 2004 Sep;20(5):1348–54.
21. Maccari S, Darnaudery M, Morley-Fletcher S, Zuena AR, Cinque C, Van Reeth O. Prenatal stress and long-term consequences: implications of glucocorticoid hormones. *Neurosci Biobehav Rev*. 2003 Mar;27(1–2):119–27.
22. Heijmans BT, Tobi EW, Stein AD, Putter H, Blauw GJ, Susser ES, et al. Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2008 Nov 4;105(44):17046–9.
23. Vaiserman AM. Epigenetic programming by early-life stress: Evidence from human populations. *Dev Dyn* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2017 Feb 16];244(3):254–65. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dvdy.24211/abstract>
24. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet Lond Engl*. 1986 May 10;1(8489):1077–81.
25. Affeltranger B, Potvin L, Ferron C, Vandewalle H, Vallée A. Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? *Sante Publique (Bucur)* [Internet]. 2018 Sep 19 [cited 2019 Oct 14];S1(HS1):13–24. Available from: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-13.htm>
26. Sommaire - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cited 2019 Oct 14]. Available from: <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/index.html>
27. Rochaix L, Tubeuf S. Mesures de l'équité en santé. *Rev Econ* [Internet]. 2009 Mar 30 [cited 2019 Dec 1];Vol. 60(2):325–44. Available from: <https://www.cairn.info/revue-economique-2009-2-page-325.htm>
28. admin. Optique d'équité et d'inclusion Communautaires [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 12]. Available from: <https://www.cawi-ivtf.org/fr/publications/optique-dequite-et-dinclusion-communautaires>
29. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cited 2016 Feb 24]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002020.pub4/abstract>

30. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cited 2016 Feb 24]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002869.pub2/abstract>
31. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. *JAMA* [Internet]. 2009 Jun 3 [cited 2016 Nov 18];301(21):2252. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2009.754>
32. Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cited 2016 Feb 24]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004068.pub4/abstract>
33. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? *Devenir* [Internet]. 2009 Mar 23 [cited 2019 Oct 16];Vol. 21(1):31–60. Available from: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm>
34. Spiteri G, Xuereb RB, Carrick-Sen D, Kaner E, Martin CR. Preparation for parenthood: a concept analysis. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2014 Mar 15 [cited 2017 May 8];32(2):148–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2013.869578>
35. Gilmer C, Buchan JL, Letourneau N, Bennett CT, Shanker SG, Fenwick A, et al. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *Int J Nurs Stud*. 2016 Jul;59:118–33.
36. Perry M, Becerra F, Kavanagh J, Serre A, Vargas E, Becerril V. Community-based interventions for improving maternal health and for reducing maternal health inequalities in high-income countries: a systematic map of research. *Glob Health*. 2015 Jul 1;10:63.
37. Molénat F. Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007. *Contraste* [Internet]. 2007 [cited 2019 Dec 1];N° 26(1):127–35. Available from: <https://www.cairn.info/revue-contraste-2007-1-page-127.htm>
38. Molénat F, Collectif. *Prévention précoce : Petit traité pour construire des liens humains*. Paris: Erès; 2009. 271 p.
39. MOLENAT F, ROEGIERS L. *Stress et grossesse*. Eres; 2011. 327 p.
40. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles en action*. Inspection générale des affaires sociales, France; 2011 May p. 124.
41. Lopez A, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant*. 2011 May. Report No.: RM2011-065P.
42. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Kukla L, Švancara J, Riitta-Järvelin M, et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Sep;69(9):826–33.
43. Rebello Britto P. *Les premiers moments comptent pour chaque enfant* [Internet]. UNICEF; 2017 Sep p. 92. Available from: https://www.unicef.org/french/publications/files/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_Fr.pdf
44. Pierron A, Fond-Harmant L, Laurent A, Alla F. Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 Aug 31 [cited 2018 Oct 18];18(1):1087. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5915-6>
45. Tiitinen S, Homanen R, Lindfors P, Ruusuvuori J. Approaches used in investigating family support in transition to parenthood. *Health Promot Int*. 2014 Sep;29(3):518–27.

46. Panter-Brick C, Burgess A, Eggerman M, McAllister F, Pruett K, Leckman JF. Practitioner review: Engaging fathers--recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 Nov;55(11):1187–212.
47. Miller S, Maguire LK, Macdonald G. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7;(12):CD008131.
48. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ [Internet]*. 2009 Jul 21 [cited 2016 Nov 30];339:b2535. Available from: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b2535>
49. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ [Internet]*. 2015 Jan 2 [cited 2016 Nov 18];349(jan02 1):g7647–g7647. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g7647>
50. Welch V, Petticrew M, Petkovic J, Moher D, Waters E, White H, et al. Extending the PRISMA statement to equity-focused systematic reviews (PRISMA-E 2012): explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol [Internet]*. 2016 Feb 1 [cited 2016 Nov 30];70:68–89. Available from: [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(15\)00420-5/abstract](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(15)00420-5/abstract)
51. Whiting P, Savović J, Higgins JPT, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol [Internet]*. 2016 Jan [cited 2018 Apr 13];69:225–34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4687950/>
52. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol [Internet]*. 2007 [cited 2016 Nov 30];7:10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-7-10>
53. Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation*. London ; Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications Inc; 1997. 256 p.
54. Robert É, Ridde V. L’approche réaliste pour l’évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mes Éval En Éducation [Internet]*. 2013 [cited 2019 Sep 13];36(3):79–108. Available from: <http://www.erudit.org/fr/revues/mee/2013-v36-n3-mee01461/1025741ar/resume/>
55. Pierron A, Fond-Harmant L, Alla F. Supporting parents to fight against social inequality in health: realist evaluation protocol. *Soumis Pour Publ*. 2019;
56. Bardin L. *L’analyse de contenu*. 2e édition. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF; 2013. 320 p.
57. Wong G, Westhorp G, Manzano A, Greenhalgh J, Jagosh J, Greenhalgh T. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC Med [Internet]*. 2016 Jun 24 [cited 2019 Aug 22];14(1):96. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0643-1>
58. Pierron A, Fond-Harmant L, Laurent A, Alla F. Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews [Internet]. *BMC Public Health*. 2018 [cited 2019 Aug 17]. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5915-6>
59. Entsieh AA, Hallström IK. First-time parents’ prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*. 2016 Aug;39:1–11.
60. Geens N, Vandenbroeck M. The (ab)sense of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. *CHILD Fam Soc WORK [Internet]*. 2014 [cited 2017 May 8];19(4):491–500. Available from: <http://hdl.handle.net/1854/LU-3101939>
61. Marmot M, Allen J, Goldblatt P. A social movement, based on evidence, to reduce

inequalities in health. *Soc Sci Med*. 2010;(71):1254–8.

62. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* [Internet]. 2012 Sep [cited 2016 Nov 17];380(9846):1011–29. Available from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612612288>

63. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 8];14:1040. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-1040>

64. Welsh J, Strazdins L, Ford L, Friel S, O'Rourke K, Carbone S, et al. Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. *Health Promot Int*. 2015 Sep;30 Suppl 2:ii36-76.

65. Halford WK, Petch J. Couple Psychoeducation for New Parents: Observed and Potential Effects on Parenting. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2017 May 8];13(2):164–80. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-010-0066-z>

66. Ministère de la santé, gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Centre de Recherche Public. surveillance de la santé périnatale au Luxembourg. Evolution de 2001 à 2011. 2013.

67. Luxembourg Institute of Health, Minsitère de la Santé, Gouvernement du Grand-duché de Luxembourg. Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg : Rapport sur les naissances 2014-2015-2016 et leur évolution depuis 2001. 2019 Mar.

68. Collectif, Johnson G, Whittington R, Scholes K, Angwin D. Stratégique 11e édition + Quiz. PEARSON; 2017. 661 p.

69. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Mar 25 [cited 2019 Mar 31];19(1):339. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6663-y>

70. Alla F. La Charte d'Ottawa a trente ans : doit-elle encore faire référence ? *Sante Publique (Bucur)* [Internet]. 2016 Dec 29 [cited 2019 Oct 30];Vol. 28(6):717–20. Available from: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-6-page-717.htm>

71. Collectif, Le Goff J-M, Lévy R. Devenir parents, devenir inégaux : Transitions à la parentalité et inégalités de genre. Zurich: Editions Seismo; 2016. 351 p.

72. CNAF. Accompagner les parents dans leur travail éducatif et de soins : Savoirs, questions et perspectives pour l'action publique et la recherche. La Documentation Française; 2018. 143 p.

73. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 2013 Feb;67(2):190–3.

74. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* [Internet]. 2005 Mar [cited 2016 Nov 17];365(9464):1099–104. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673605711466>

75. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014 Mar 7;348:g1687.

76. Cambon L, Petit A, Ridde V, Dagenais C, Porcherie M, Pommier J, et al. Evaluation of a knowledge transfer scheme to improve policy making and practices in health promotion and disease prevention setting in French regions: a realist study protocol. *Implement Sci* [Internet]. 2017 Jun 29 [cited 2018 Dec 14];12(1):83. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0612-x>

77. Lang T. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 Dec.

Liste des figures

- Figure 1. Risque relatif de mortalité cardiovasculaire, selon l'emploi (standardisé sur l'âge).
- Figure 2. Évolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe et par diplôme.
- Figure 3. Cadre conceptuel de la Commission de déterminants sociaux de la Santé, OMS
- Figure 4. Environnements et comportements au cours de la vie. Liens avec la santé.
- Figure 5. Prévalence du tabagisme quotidien selon les revenus par unité de consommation (18-75 ans), France, 2000-2017.
- Figure 6. Notions relatives à l'universalisme proportionné.
- Figure 7. Étapes de sélection des articles : diagramme de flux.
- Figure 8. Configurations Contexte-Mécanisme-Résultats.
- Figure 9. Cycle de l'évaluation réaliste de l'organisation des interventions d'accompagnement à la parentalité
- Figure 10. Théorie initiale de lutte contre les inégalités sociales de santé dans la période périnatale, adaptée du protocole d'étude.
- Figure 11. Théorie de moyenne portée de lutte contre les inégalités pendant la période périnatale.

Liste des tableaux

- Tableau I. Critères PICOTS, définition de la question de recherche
- Tableau II. Mots clés de la recherche documentaire
- Tableau III. Lecture critique des revues de littérature validées selon les critères AMSTAR et ROBIS
- Tableau IV. Quelques concepts clé de l'évaluation réaliste, en référence à Valéry Ridde et al.
- Tableau V. Accompagnement à la parentalité dans la période périnatale : synthèse des revues de littérature
- Tableau VI. Considération des inégalités sociales de santé dans les revues de littérature
- Tableau VII. Technique de recueil des données
- Tableau VIII. Repères législatifs encadrant les programmes et interventions d'accompagnement à la parentalité à Esch-sur-Alzette et Longwy
- Tableau IX. Principales interventions en lien avec l'accompagnement à la parentalité à Esch-sur-Alzette et Longwy
- Tableau X. Caractéristiques des parents répondants

Annexes

Annexe I. Supporting parenting to address social inequalities in health : a synthesis of systematic reviews.

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews

Annabelle Pierron^{1*}, Laurence Fond-Harmant², Anne Laurent³ and François Alla⁴

Abstract

Background: In 2009, the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health set out its recommendations for action, which included establishing equity from early childhood onwards by enabling all children and their mothers to benefit from a comprehensive package of quality programmes. In order to address social inequalities in health, it is recommended that action be taken from early childhood, and actions providing support for parenting are an effective lever in this respect.

The aim of this review of systematic reviews is to analyse, on the one hand, the components and characteristics of effective interventions in parenting support and, on the other, the extent to which the reviews took into account social inequalities in health.

Methods: A total of 796 reviews were selected from peer-reviewed journals published between 2009 and 2016 in French or English. Of these, 21 reviews responding to the AMSTAR and selected ROBIS criteria were retained. These were analysed in relation to the consideration they gave to social inequalities in health according to PRISMA-equity.

Results: The reviews confirmed that parenting support programmes improved infants' sleep, increased mothers' self-esteem and reduced mothers' anger, anxiety and stress levels. The main authors noted that the contexts in which the interventions had taken place were described either scantily or not at all, making it difficult to evaluate them. Only half of the reviews had addressed the question of social inequalities in health. In particular, there had been little research conducted on the relational aspect and the social link.

Conclusion: In terms of addressing social inequalities in perinatal health, the approach remains both modest and reductive. Understanding how, for whom and in what conditions interventions operate is one way of optimising their results. Further research is needed to study the interactions between the interventions and their contexts.

Keywords: Social determinants of health, Disparity, Perinatology, Parenting, Health promotion, Healthcare disparities, Health status disparities

Background

The social determinants of health are one of the principal causes of health inequalities, that is the unjust and sizeable discrepancies recorded between social or geographical groups [1–7]. In 2009, the World Health Organization's (WHO) Commission on Social Determinants of Health set out its recommendations for action, which included establishing equity from early childhood onwards by

enabling all children and their mothers to benefit from a comprehensive package of quality programmes [8].

Early childhood is a key period in the genesis and reproduction of Social Inequalities in Health (SIH). Epigenetic studies and life course epidemiology confirm the link between life circumstances in early childhood and health in adulthood [9–13]. Social inequalities have an effect on health, most notably by creating biological modifications throughout the life course. In particular, development is negatively influenced by antenatal and neonatal stress [14–20].

* Correspondence: annabelle.pierron@univ-lorraine.fr

¹Université de Lorraine, EA4360 APEMAC, Vandoeuvre-lès-Nancy, France
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2018 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Clearly, the perinatal period is particularly sensitive. Promoting the health of pregnant women and new mothers is therefore essential, and parenting support is one of the principal strategies that can really help [13, 21–23].

Many publications show that parenting support is an effective lever in promoting health in mothers and their newborns, and they are the subject of many reviews. However, have these studies taken into account SIH? The aim of this review of systematic reviews is to analyse, on the one hand, the components and characteristics of effective interventions in parenting support and, on the other, the extent to which the reviews have taken into account SIH.

Methods

Study procedure

The screening, eligibility and inclusion stages were conducted and presented according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses model (PRISMA) [24, 25].

The study population was pregnant women, parents of newborns and newborns (from birth to 3 years old, pre-school). The interventions involved promoting perinatal health, and more specifically, programmes and schemes offering parenting support – from the standpoint of obstetrics, paediatrics, psychology, sociology, education and public health, in the broad sense of the term.

The comparators were not relevant to this study. All the results (whether favourable or not) were collated and evaluated according to their effects on SIH, their psychosocial effects and their effects on perceived health. Intervention durations were taken into consideration.

A systematic search was conducted using Cochrane, PubMed and PsycINFO, which are the principal scientific databases in the field of health. The keywords referenced in the MeSH (Medical Subject Heading) were based on perinatal health promotion, SIH, the social determinants of health, parenting support and health programmes relating to parenting support (Table 1). Keywords were selected in collaboration with Céline Aubert, documentalist at the Faculté de Médecine in Nancy.

The search formulas combined the following terms: ((parenting OR parenthood) AND (“support”)), ((parenting OR parenthood) AND (“health promotion”)), ((children) AND “health promotion” AND parent*) OR ((parenting OR parenthood) AND (“health promotion”)), ((children) AND “health promotion” AND parent*) OR ((parenting OR parenthood) AND (“equity”)), ((parenting AND parenthood) AND (inequit*)), ((parenting AND parenthood) AND “health inequit*”), (parenting OR parenthood) AND (social*determinant*) and (parenting OR parenthood) AND(disparit*).

Each of the standardised search formulas was reproduced for all the databases, based on titles, abstracts and keywords, for journals published in French or English between January 2009 and September 2016.

The research protocol was written but not published. It is available on request from the authors.

Selection of articles

The documents retained were all narrative and systematic reviews published in French or English in peer-reviewed journals between 2009 and 2016. The year 2009 was chosen as the start date because it was the year the WHO published its report from the Commission on Social Determinants of Health [8].

Interventions relating to prematurity, a specific pathology or to those concerning school-age children were excluded, as were reviews of reviews. Duplicate articles were also removed. The reason for each individual rejection was given in a note. A pilot study was carried out in May 2016 using a sample of the articles in order to validate the protocol (relevance of the search formula, selection criteria, evaluative consistency of the different team members).

The full texts of the articles selected were subject to a methodical, standardised interpretation responding to each of the AMSTAR (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews) items [26]. The reviews that did not meet these criteria of methodological quality were excluded.

The selected reviews were all included whether or not their results were favourable so as to exclude the possibility of any bias resulting from selective publication of results. The grey literature and the recommendations published by France’s Haute Autorité de Santé and the UK’s National Institute for Health and Clinical Excellence were subject to an exploratory study but were not retained for this review since they did not correspond to the study aims. Table 2 shows the PICOTS criteria for the methodological search.

Literature analysis

The whole process was carried out by one person under the supervision of three public health and social sciences experts, who all agreed on the interpretation. Differences of opinion were discussed until a consensus was reached, and these were all documented.

The systematic reviews included in this review were analysed in two stages based on the full texts alone, in other words without referring to the original articles collated by the systematic reviews. Firstly, the data describing the characteristics of the interventions and programmes were compiled in a summary table. Secondly, the reviews were analysed for the consideration they gave to SIH using the PRISMA-equity tool [27].

Table 1 Keywords used in the literature search

Concepts	Mots-clés du MeSH ^a	Synonymes ^b	MeSH anglais ^c	Synonymes en anglais
promotion de la santé périnatale	promotion de la santé périnatologie	promotion ^d santé périnatalité médecine périnatale	health promotion perinatology	promotion ^d of health health promotion ^d
promotion de la santé	promotion de la santé		health promotion	promotion of health
lutte contre les inégalités de santé	disparités d'accès aux soins	autorestriction devant les soins inégalité ^d devant les soins difficulté ^d d'accès aux soins ^d	healthcare disparit ^d	health care disparit ^d healthcare inequalit ^d
inégalités sociales de santé	disparités d'accès aux soins disparités de l'état de santé facteurs socioéconomiques	inégalité ^d devant les soins inégalité ^d de l'état de santé inégalité ^d	health care disparit ^d health status disparities socioeconomic factors	healthcare inequalit ^d healthcare disparit ^d health status disparity inequalities inequity
déterminants sociaux de la santé	déterminant social de la santé		social determinants of health	health social determinants
programme de santé relatif à l'accompagnement à la parentalité	pratiques éducatives parentales politique de santé	éducation par les parent ^d comportement ^d parenta ^d éducation ^d parentale ^d fonction ^d parentale ^d politique ^d de santé publique politique en matière de santé	parenting health policy	parenthood health polic ^d

^aMeSH: medical subject heading

^bsynonymes: mots-clés apparaissant dans l'arborescence Mesh mais non retenus

^cMeSH anglais: résultats produits par le CISMEF (catalogue des index des sites médicaux de langue française) à partir des mots MeSH français

^dtroncature le développement limité

This tool is an extension of the PRISMA guidelines and was developed by the Campbell and Cochrane Equity Methods Group. Its aim is to take into account the notion of equity in reviews. Each of the elements of the systematic reviews (i.e. the title, abstract, introduction, method, results and discussion) was broken down and analysed to determine how the authors addressed equity.

A total of 796 publications were obtained from the literature search. Once the articles that were duplicated across the databases had been taken out and those about prematurity, maternal and infantile pathologies and children aged over three had been excluded, only 32 articles remained. The next stage allowed us to exclude articles that did not meet the AMSTAR criteria (for

Table 2 PICOTS criteria

P	population	pregnant women newborns' parents newborns
I	intervention	perinatal health: parenthood support (interventions, actions and programmes) to promote the perinatal health
C	comparator	did not concern this study
O	outcomes	favourable or unfavourable outcome measures: psychosocial effects, perceived health effects
T	temporality	any duration of the interventions was considered
S	setting	isolated actions or coordinates hospital environment liberal exercise areas (city) municipal, departmental services for medical and social action user associations, professionals

assessing methodological quality) and the ROBIS criteria (for assessing risk of bias) (Table 3). Finally, following a detailed analysis, 21 articles were included in the corpus (Fig. 1).

All the documents constituting the corpus were read twice. In cases of uncertainty, a second expert was consulted. In cases of disagreement between the first two experts, a third was consulted.

AP, FA, LFH carried out the documentary research protocol for the selection. For the analysis, AP read all the manuscripts twice, FA validated and, in cases of uncertainty, LFH had the final say. AL and LFH reviewed the manuscript.

Results

Summary of evidence-based knowledge

The data produced by the review were recorded in a summary table showing the type of intervention studied in each systematic review, the review's aims, and the levels of evidence such as they were analysed and described by the authors and the principal characteristics of the programmes [37–41] (Table 4).

Characteristics of the reviews

Disciplines of the journals publishing the reviews

The articles were drawn from journals in a variety of disciplines. A third ($n = 7$) of the publications came from public health journals. Cochrane published six reviews on the topic. The remaining publications came from journals in the field of child psychology ($n = 3$), paediatrics ($n = 2$), midwifery ($n = 1$), social work ($n = 1$) and nursing care research ($n = 1$).

Authors' countries of affiliation in which the studies were conducted

The reviews were mainly carried out by American and British authors and generally concerned interventions in the United States and the United Kingdom. There was only brief reference made to other European countries in eight of the reviews. These comprised a Finnish review, which listed only two European programmes in the 98 studies they examined [28], a Dutch review, which compared the Netherlands to the United States and Canada [29], two Cochrane reviews mentioning some studies conducted in Germany and the Netherlands [21, 30], two reviews that referenced Ireland [31, 32], one review mentioning interventions conducted in Switzerland [31] and another that compared Sweden with the United Kingdom [32].

Aim of the reviews

All but three systematic reviews aimed to assess the effectiveness of the programmes by evaluating their impact over a relatively short period on the mothers'

and infants' wellbeing, the mothers' mental health and the mothers' adjustments to the behaviour of their babies and very young children. In three of the systematic reviews, the aim was to analyse the methods and concepts used in research relating to parenting support. One of these listed the main research areas, the methods used and the groups targeted [28]. The second studied the socioeconomic disadvantage characteristics used in research studies [29], and the third analysed the concept of preparing for parenthood [33].

Principal programmes studied

Generally, the reviews focused on the practices of the professionals; and the programmes they studied mainly involved improving parents' knowledge and skills. Three reviews looked at parental needs. One of these was a meta-analysis focusing specifically on preparation for parenthood [31]. The second examined the needs of fathers [34], and the third looked at the needs of mothers feeding their children with substitute milk [35].

Principal characteristics of the interventions

Recipient populations

The reviews focused on different periods and populations:

- a specific stage in the parents' history: pregnancy ($n = 3$), the first week after giving birth ($n = 1$)
- a broad timeframe from birth to three years (from birth to two months ($n = 1$), up to six months ($n = 2$), up to one year ($n = 1$), up to three years ($n = 5$))
- socially disadvantaged families ($n = 2$)
- teenage parents ($n = 1$)
- fathers only [34] (all the others concerned mothers, parents or the couple as an entity)
- the general population through an analysis of prevention campaigns [36].

Main results and conclusions

All the reviews provided either convincing or promising data about the positive impact on mothers' and children's wellbeing of the support programmes and actions at and following birth. The programmes were found to increase the mothers' self-esteem, reduce their anger, anxiety and stress levels, improve the infants' sleep and promote the infant's language development.

Three distinct levels of evidence

In accordance with the authors' evaluations, as described and synthesised in their reviews, we grouped the evidence into three categories (this was chosen with reference to similar studies [37–41]):

1. proven evidence ($n = 10$): this corresponded to interventions for which the review authors

Table 3 Evaluation of the methodological quality of the included reviews according to the AMSTAR criteria and an adaptation of the ROBIS* criteria [26, 58]

References	A priori search plan	Review adheres to pre-defined objectives and eligibility criteria (ROBIS*)	All pre-defined analyses reported or departures explained (ROBIS*)	Selection of studies, data extraction	Exhaustive literature search	Nature of publication/inclusion criteria	List of included and excluded studies provided	Indication of study characteristics of included studies	Evaluated and recorded scientific quality of included studies	Scientific quality of included studies, formulation of conclusions	Methods for combining results from suitable studies	Evaluation of probability of publication bias*	Declaration of conflicts of interest
Miller S, Maguire L, MacDonald K. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. Cochrane systematic reviews. Dec 2011.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Barlow J, Smailagic N, Hubbard N, Roboff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. Cochrane systematic reviews. May 2014.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Hubbard N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Barlow J, Bergman H, Kornar H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared

Table 3 Evaluation of the methodological quality of the included reviews according to the AMSTAR criteria and an adaptation of the ROBIS* criteria [26, 58] (Continued)

References	A priori search plan	Review adheres to pre-defined objectives and eligibility criteria (ROBIS*)	All pre-defined analyses reported or departures explained (ROBIS*)	Selection of studies, data extraction	Exhaustive literature search	Nature of publication/inclusion criteria	List of included and excluded studies provided	Indication of study characteristics of included studies	Evaluated and recorded scientific quality of included studies	Scientific quality of included studies, formulation of conclusions	Methods for combining results from suitable studies	Evaluation of probability of publication bias*	Declaration of conflicts of interest
training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young Children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Bennett C, Underdown A, Barkow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared
Tilinen S, Homanen R, Lindfors P, Riusuouri J. Approaches used in investigating family support in transition to parenthood. Health Promot Int. 2014 Sep;29(3):518-27.	yes	yes	yes	yes	yes	inadequate description of method	included yes	yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned

Table 3 Evaluation of the methodological quality of the included reviews according to the AMSTAR criteria and an adaptation of the ROBIS* criteria [26, 58] (Continued)

References	A priori search plan	Review adheres to pre-defined objectives and eligibility criteria (ROBIS*)	All pre-analyses reported or departures explained (ROBIS*)	Selection of studies, data extraction	Exhaustive literature search	Nature of publication/inclusion criteria	List of included and excluded studies provided	Indication of study characteristics	Evaluated and recorded scientific quality of included studies	Scientific quality of included studies, formulation of conclusions	Methods for combining results from suitable studies	Evaluation of probability of publication bias*	Declaration of conflicts of interest
Lakshman R, Ogilvie D, Ong KK. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. Arch Dis Child. 2009 Aug;94(8).	yes	yes	yes	not known	yes	yes	included yes	yes	yes, summary table	yes	yes, narrative method	not mentioned	not mentioned
Entsieh A, Hallstrom I. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation: a systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. Midwifery. 2016 Aug;39(1)–11.	yes	yes	yes	not known	yes	yes	included yes	yes	yes, reference PRISMA criteria	yes, reference PRISMA criteria	yes	not mentioned	none declared
Welsh J, Strazielski L, Ford L, Friel S, O'Rourke K, Carbone S, Carlon L. Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. Health Promot Int. 2015 Sep;30 Suppl 2:136–76.	yes	yes	yes	not known	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned	project supported by the Australian Research Council
Pontes-Bick C, Burgess A, Eggerman M, McAllister F, J. Practitioner review: engaging fathers – recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes	yes, reference PRISMA and how analysis	yes, reference PRISMA and how analysis	yes	not mentioned	not mentioned

Table 3 Evaluation of the methodological quality of the included reviews according to the AMSTAR criteria and an adaptation of the ROBIS* criteria [26, 58] (Continued)

References	A priori search plan	Review adheres to pre-defined objectives and eligibility criteria (ROBIS*)	All pre-defined analyses reported or departures explained (ROBIS*)	Selection of studies, data reported or extraction (ROBIS*)	Exhaustive literature search	Nature of publication/inclusion criteria	List of included and excluded studies provided	Indication of study characteristics	Evaluated and recorded scientific quality of included studies	Scientific quality of included studies/formulation of conclusions	Methods for combining results from suitable studies	Evaluation of probability of publication bias*	Declaration of conflicts of interest
evidence. J Child Psychol Psychiatry, 2014 Nov; 55(11): 1187–1212.	yes	yes	yes	yes	discussed	yes	included yes	yes	yes	yes	yes, narrative method according to topic + summary tables	yes	none declared
Poole MK, Seal DW, Taylor CA. A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention. Health Educ Res. 2014 Jun;29(3):388–432.	yes	yes	yes	not known	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes, narrative method according to topic + summary tables	not mentioned	study supported by the European Parliament research programme
McLaid D, Park AL. Interventions in mental health and well-being: findings from the DataPreV project. Health Promot Int. 2011 Dec;26 Suppl 1	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned	MASCOT supported by the European Commission's Seventh Framework Programme
Peny M, Becerra F, Kavanagh J, Serre A, Veigas E, Becerra V. Community-based interventions for improving maternal health and for reducing maternal health inequalities in high-income countries: a systematic map of research. Global Health. 2015 Jul;11:1063.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned	none declared
Morrison J, Pkhaat H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social	yes	yes	yes	assumed because references to PHSMA, but not found	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	yes	none declared

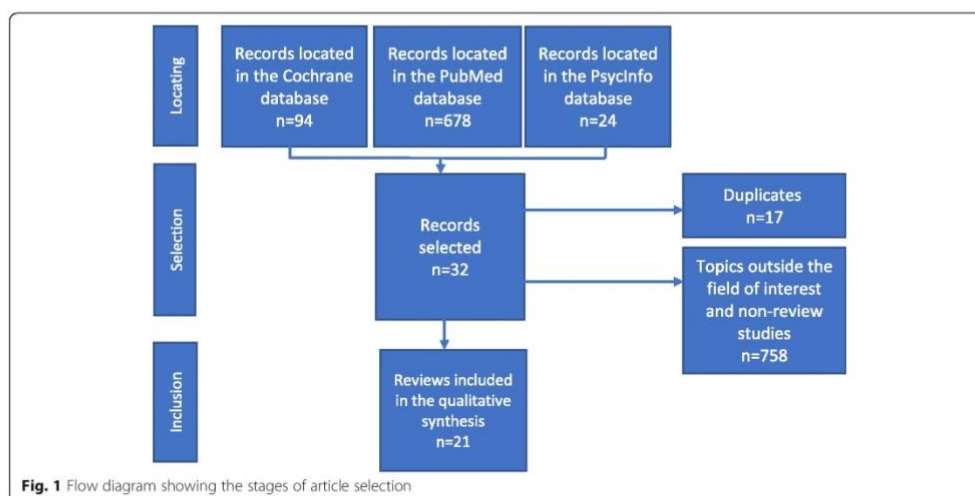
Table 3 Evaluation of the methodological quality of the included reviews according to the AMSTAR criteria and an adaptation of the ROBIS* criteria [26, 58] (Continued)

References	A priori search plan	Review adheres to pre-defined objectives and eligibility criteria (ROBIS*)	All pre-defined analyses reported or departures explained (ROBIS*)	Selection of studies, data extraction	Exhaustive literature search	Nature of publication/inclusion criteria	List of included and excluded studies provided	Indication of study characteristics or included studies	Evaluated and recorded scientific quality of included studies	Scientific quality of included studies, formulation of conclusions	Methods for combining results from suitable studies	Evaluation of probability of publication bias*	Declaration of conflicts of interest
inequalities in children's health and development. BMC Public Health, 2014 Oct 6;14(1040).													
Piontowski CC, Mayer JA. Healthy steps: a systematic review of a preventive practice-based model of pediatric care. J Dev Behav Pediatr. 2009 Feb;30(1):91–103.	yes	yes	yes	not known	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned
Von Vuuren CL, Reijnders SA, van der Wal ME, Verhoef AP. Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics in child (0–18 years) health studies: a review. Health & Place. Vol 29, Sep. 2014 pp. 34–42.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned	not mentioned
Gilmer C, Buchan JL, Lecomte N, Bennett CT, Shanker CC, Frazier A, Smith-Coggins R, et al. Education interventions designed to support the transition to parenthood: a realist review. International Journal of Nursing Studies. Vol 59, Jul. 2016 pp. 118–133.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes	yes	yes	yes	not mentioned	none declared

Table 3 Evaluation of the methodological quality of the included reviews according to the AMSTAR criteria and an adaptation of the ROBIS* criteria [26, 58] (Continued)

References	A priori search plan	Review adheres to pre-defined objectives and eligibility criteria (ROBIS*)	All pre-analyses reported or departures explained (ROBIS*)	Selection of studies, data extraction	Exhaustive literature search	Nature of publication/inclusion criteria	List of (included and excluded) studies provided	Indication of study characteristics	Evaluated and recorded scientific quality of included studies	Scientific quality of included studies, formulation of conclusions	Methods for combining results from suitable studies	Evaluation of probability of publication bias*	Declaration of conflicts of interest
Geens N, Vanderbroeck M. The (ab)use of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. <i>Child & Family Social Work</i> . 19: 491–500. 2014.	yes	yes	yes, but not clearly	not known	yes	yes	included yes	yes	no	yes	yes, thematic analysis	not mentioned	not mentioned
Spitler G, Xueieb RB, Carrick-Sen D, Kaner E, Martin CR. Preparation for parenthood: a concept analysis. <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i> . Vol 32(2), Mar, 2014 pp. 148–165.	yes	yes	yes	yes	yes	yes	included yes	yes, in the analysis	yes	no	yes, written record	not mentioned	not mentioned
Hallford W, Kim Perch J. Couple psychoeducation for new parents: observed and potential effects on parenting. <i>Clinical Child and Family Psychology Review</i> . Vol 13(2), Jun, 2010 pp. 164–180.	no	not clearly	yes, but not clearly	not known	not known	not known	included yes	yes, in the analysis	yes	yes	yes, thematic analysis, summary tables and written record	not mentioned	not mentioned

*tendency to publish experiments that obtained positive results to the detriment of those that obtained negative results



- concluded that the evidence was strong and unequivocal. The majority of the reviews was made up of interventions whose evidence was proven.
2. promising ($n = 5$): this concerned intervention results based on either insufficient statistical power (linked to the fact that the samples were too small) or the fact that it was impossible to draw long-term conclusions from the results [21, 30, 36, 42].
 3. lack of evidence ($n = 3$): according to the review authors, it was difficult to evaluate the quality of evidence in the studies they analysed because either the methodological rigour was considered poor [43], it could not be objectivised [44] or there was no description of the intervention's content, implementation or results [45].

It should be noted that the two systematic reviews on research methods and the review that sought to define the concept of preparing for parenthood escaped this categorisation.

The most effective programmes Behavioural and cognitive support through therapy groups and telephone support significantly improved parents' psychosocial health [21]. Psychoeducation showed considerable potential for improving a couple's adjustment to parenthood and their awareness of and receptiveness to their newborn [46].

The most effective programmes were those begun before the birth and those in which the parents were able to actively participate [31].

Some of the reviews evaluated interventions promoting the mental health of parents during the first few years. They concluded that, for only a small financial outlay, the benefits for the mothers and babies were substantial [47].

The promising programmes One review that was carried out on eight studies concluded that parental support programmes improved parents' psychosocial health and promoted parent-child interactions. However, a lack of statistical power precluded any formal conclusion on teenage parents [30]. Based on an analysis of 48 studies in 2014, the same lead author produced proven evidence from among the general population. She concluded that group training programmes for mothers aimed at improving their children's emotional and behavioural adjustment led to a short-term reduction in stress and anger, but she added that the data was not conclusive on the long-term effects [48].

Postnatal parental education programmes seeking to optimise infants' health and parent-child relationships resulted in an improvement in sleep, in the mothers' knowledge and in the infants' sense of security. However, larger samples would have allowed a more formal conclusion to be drawn [23].

The programmes that did not prove their effectiveness The programmes carried out in the home setting to promote socially disadvantaged families' cognitive and socio-emotional development showed questionable results [44, 49]. Massage programmes aimed at boosting

Table 4 Synopsis of reviews relating to parenting support in the perinatal period

country where study was conducted (if multiple, country of first author)	references	strategy or intervention	review's aim	principal results to be noted on the problem or its determinants	level of evidence	examples of validated programmes	characteristics of validated programmes
UK	Miller S, Maguire LK, Macdonald, Home-based child development interventions for parents of children from socially disadvantaged families. Cochrane systematic reviews. Dec. 2011.	home-based programmes promoting children's cognitive and socio-emotional development	to know the effects of these programmes	future studies should endeavour to better document and describe their methodological processes	no evidence of effectiveness because of a lack of documentation of the methodological processes (only 10 studies between 1973 and 1993, participants n = 723)	-	-
US, AUSTRALIA, UK, GERMANY, JAPAN, CAN, NETI, NZ	Barlow J, Smailagic N, Hubbard N, Roboff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychological health: a Cochrane systematic review. May 2014.	parenting support to improve the psychosocial health of parents	to determine whether the programmes were effective in improving psychosocial wellbeing	short-term improvement (<6 months) in parents' health (depression, anxiety, stress, anger, guilt, self-confidence)	significant results [studies, n = 48; participants n = 4957]	Parent Management Training, Triple P, Behavioural-Based Parenting Programme, Prevention for Externalizing Problems, Coping with Out-Reach Parent Empowerment, Maternal Stress Coping Group Programme, Incredible Years	behavioural and /or cognitive support: regular group therapy, telephone support
KOREA, JAPAN, SWI, NETI, US	Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Hubbard N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3.	individual and group parental support programmes to improve psychosocial results for parents and their children	to evaluate the effectiveness of 20 these programmes	short- and long-term improvement in parent-child interactions, improvement in psychosocial health, reduction in anxiety and depression, increase in self-esteem.	lack of methodological rigour and lack of a sufficiently large sample to complete enough data to produce robust statistical evidence (studies = 8; participants n = 513)	short videos of exchanges with parent, therapy groups, education in the form of parent-child interactive simulation	behavioural support and / or improving knowledge
US, UK, CAN, AUSTRALIA, MEXI, PERU	Barlow J, Bergman H, Komar H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural outcomes in young children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016.	group training programmes for mothers to improve emotional and behavioural adjustment of children	to evaluate the effectiveness of these programmes	reduction in stress and anger	moderate short-term evidence of emotional and behavioural adjustment. Insufficient data to prove the efficacy of primary prevention and provide long-term results [studies n = 24; participants n = 3161]	1-2-3 Magic, video, group therapy on parent-child interaction, interventions targeting verbal and non-verbal communication, post-punishment, Triple P	behavioural and /or cognitive support, exchanges between parents or professionals and parents over the course of several weeks
US, NEPAL, BRAZIL, UK, CAN, AUSTRALIA	Brenton J, Beck CT, Monaghan W. Postnatal parental education for optimising infant general health and parent-infant relationships. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11.	postnatal parental education to optimise the general health of infants and parent-infant relationships	to evaluate the effectiveness of these programmes	improvement in infant's skin, maternal knowledge and infant's security. Improvement in mother-father-child interaction. Improvement in infant's language development.	evaluation and /or larger sample required to be able to draw conclusions [studies n = 15; mothers n = 2922 and fathers n = 402]	evaluation and /or larger sample required to be able to draw conclusions	reduction on the infant's behaviour
UK, US, CAN, KOREA,	Bennett C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental	massage aimed at promoting	to evaluate the effectiveness of	future research studies will have to examine the	vast majority of the studies were of poor	-	-

Table 4 Synopsis of reviews relating to parenting support in the perinatal period. (Continued)

country where study was conducted (if multiple, country of first author)	references	strategy or intervention	strategy or intervention	reviewer's aim	principal results to be noted on the problem or its determinants	level of evidence	examples of validated programmes	characteristics of validated programmes
ISRAEL, INDIA, TURKEY, IRAN	and physical health in typically developing infants under the age of six months. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4.	the mental and physical health of infants	children under the age of six months	these programmes	beneficial effects of infant massage in populations that present higher risks (for example, socially disadvantaged parent-child dyads)	methodological quality [studies n = 24]	-	
Finnish authors, mainly English and American studies	Tininen S, Homanen R, Lindfors P, Ruusuvaara J. Approaches used in investigating family support in transition to parenthood. Health Promot Int. 2014 Sep;29(3):518-27.	review describing the research methods used to study parenting interventions	mainly parents in maternity units (post-partum stay)	to know the priority research areas, methods used and groups targeted	the fathers' issues, rarely studied separately from those of the mothers. The studies targeting parents' needs focused mainly on socioeconomically disadvantaged populations. Very few longitudinal studies (with interviews at different stages of the pregnancy or after the birth)	articles n = 98 published before 2009, mainly English and American (bias linked to a consideration of epidemiological risk and the British and American health systems). Majority RCTs, with no intervention process evaluation approach (why interventions are effective or ineffective).	-	map of recent research on support for parents in maternity units focusing on three key areas: the professionals' determinants of the families' needs; effectiveness of the interventions; processes of care in maternity units
UK, US	Lukshman R, Ogilvie, Orijt KE. Mothers' experience of bottle-feeding versus breastfeeding: qualitative and quantitative studies. Arch Dis Child. 2009 Aug;94(8).	mothers' experiences of bottle-feeding versus breastfeeding formula milk	mothers bottle-feeding their newborns	to understand how decisions to use substitute milk were made	through lack of information and advice, the mothers experience negative feelings (anxiety, guilt, worry, uncertainty)	proven evidence [studies: quantitative n = 17; participants n = 13,263]	not applicable	not applicable
UK, SWE, IRE, AUSTRALIA, SING, TURK	Ensieh A, Hallström I. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. Midwifery. 2016 Aug;39:1-11.	meta-analysis of the specific needs of parents preparing for parenthood	parents during the antenatal period	to contribute to existing knowledge on the specific needs of parents preparing for early parenthood	parents should have the opportunity to actively participate in the interventions, which should begin early (prenatal and continue into postnatal. Introduction of family education meetings: early in the postnatal period	research method based on the PRISMA guidelines. Qualitative approach [studies n = 12, participants n = 916]	family education courses for adults with participatory learning strategies. The parents call for discussions with their peers.	not applicable
AUSTRALIA	Welsh J, Stradins L, Ford L, Friel S, O'Rourke K, Carbone S, Carlson L. Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. Health Promot Int. 2015 Sep;30 Suppl 2:136-76.	interventions aimed at promoting mental wellbeing and reducing inequalities	children and young people living in high-income countries (US, UK, AUSTRALIA and others)	to identify best practice according to population strata plus gaps in the evidence base in order to put forward recommendations	possibility of using a proportionate universalism approach centred on the question of equity in the promotion of mental wellbeing	encouraging proven evidence based on the interventions	the interventions were either universal or specifically targeted at children from disadvantaged families; no interventions involving social gradients	encouraging evidence that interventions and family setting have succeeded in supporting positive parenting, both universally and for disadvantaged groups
"worldwide": mainly US	Panter-Brick C, Burgess A, Eggerman M, McAllister F, Puett K, Leckman J. Practitioner Review: Engaging fathers - recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of	interventions relating to parenting and fathers: evaluation of the implicit and explicit basis in current	interventions targeting couples or fathers	to determine how fathers currently participate in parenting-related interventions and what improvements can be made to encourage	the main obstacles to paternal engagement in parental education programmes were cultural, institutional, professional and operational in nature and were linked to the programmes' content, resources and policy considerations at the conception	proven evidence [publications n = 199]	the father's investment in the role of parent impacts the mother and child	fathers have minimal involvement in programmes and interventions

Table 4 Synopsis of reviews relating to parenting support in the perinatal period (Continued)

country where study was conducted (if multiple country of first author)	references	strategy or intervention	review's aim	principal results to be noted on the problem or its determinants	level of evidence	examples of validated programmes	characteristics of validated programmes
US, UK, CAN and others	Van Vaaren C. L., Reijneveld S.A., Van der Wal M. F., Verhoeff A.P. Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics in child (0–18 years) health studies: A review. <i>Health & Place</i> , Vol.29, Sep. 2014, pp. 34–42.	list of the characteristics of disadvantage used in research examining the link between environment and children's health	to study the socioeconomic characteristics of disadvantaged research studies on children's health	major problem in conclusion: no evidence for the socioeconomic characteristics used in the study protocols	studies n = 19	not applicable	specialists: major problem: the data used were those available and not those based on health, income, employment and education were the most frequently used characteristics. Problem: no consensus on the best measures to use
US, UK, CAN and others	Gilmer C., Buchan J. L., Letourneau N., Bennett C. T., Shanker S.G., Fenwick A., Smith-Chant B. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , Vol.59, Jul. 2016 pp. 118–133.	realist review of access to parenting interventions	to identify potentially effective health education interventions during the transition to parenthood period	a priori assumption of lack of parental information. No evaluation of pre-intervention "knowledge". Hypothesis was an assumed lack of parenting skills.	no convincing evidence that a single educational programme was universally effective. Level of evidence from the studies difficult to evaluate because of a lack of description of the intervention's conception, content, implementation or result (particularly attrition). No study evaluated the impact on the child (articles n = 72)	programmes were most effective when parents were already involved. A male facilitator increased the ongoing participation of the fathers. Parents followed the programmes more when they responded to their immediate issues (approach to childbirth, infant's sleep)	mainly a series of lessons (generally between 5 and 8) covering a wide range of subjects. Frequently information brochures. Few programmes aimed at fathers.
US, CAN, UK, AUSTRALIA	Geens N., Vandenboeck M. The (lab)lense of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. <i>Child & Family Social Work</i> , 19:491–500, 2014.	social support in parenting: the "lablense" of a concept	to explore how social support can be conceptualised through social work publications	the relational aspect is barely developed in research into social support linked to children's education. Social support is a way of preventing or reducing the harmful risks of depression, stress, anxiety and other mental illnesses. It's also a way of increasing the feeling of control.	proven evidence (articles n = 28)	social support was principally studied in relation to parents' health. Social relationships were highly pertinent for families but were given little consideration by social services	research into social links and social capital cannot exclude a recognition of inequality: the quantity and quality of resources and the methods they are used can vary enormously according to socioeconomic class
MALTA, UK	Spieleri G., Xuereb R.B., Camick-Sen D., Kaner E., Marin C.R. Preparation for parenthood: a concept analysis. <i>Journal of Reproductive and Infant Psychology</i> , Vol.31(2), Mar. 2014 pp. 148–165.	preparing for parenthood: an analysis of the concept	to analyse the concept of preparing for parenthood (discourse analysis and theoretical foundations)	parenting is unique to each individual, affected by cultural and social expectations as well as lifestyle interactions, caregivers' child aggression and hyperactivity levels and generates an increased number of situations of negligence or abuse	limited evidence: few elements define the concept of preparing for parenthood	-	-

Table 4 Synopsis of reviews relating to parenting support in the perinatal period (Continued)

country where study was conducted (if multiple country of first author)	references	strategy or intervention	strategy or intervention	review's aim	principal results to be noted on the problem or its determinants	level of evidence	examples of validated programmes	characteristics of validated programmes
AUSTRALIA	Halford W, Kim Peck J. Couple Psychoeducation for New Parents: Observed and Potential Effects on Parenting. Clinical Child and Family Psychology Review, Vol 13(2), Jun, 2010 pp. 164–180.	critical analysis of the links between the couple's relationship and their parenting	parent couples	to evaluate whether the couple's relationship has a major influence on their parenting	psychoeducation has considerable potential in terms of improving a couple's adjustment to parenthood and increasing their awareness and receptiveness in regard to their newborn	proven evidence [trials n = 11]	the couple's relationship influences their parenting behaviours	-

the mental and physical health of infants did not succeed in proving they were effective [43].

Two key areas for improvement in parenting support programmes

Strengthen the quality of interventions On the whole, the parental support actions viewed parents as an entity and did not differentiate the fathers' issues from those of the mothers [43]. Moreover, there were cultural and institutional obstacles to the fathers' involvement in parental education programmes, and these need to be taken into account at the design and implementation stages of programmes aimed at this particular group [34].

Parents should have the opportunity to actively participate in interventions, and these should begin in the early prenatal stage and continue into the postnatal period. Furthermore, health promotion stakeholders seem to assume a lack of parental skills. Parental knowledge should be evaluated prior to the intervention [45]. Finally, the value of peer groups is an under-researched area [30].

Develop complementary research Longitudinal studies were extremely under-represented. Nevertheless, a paper included in the Cochrane database claimed that long-term programmes focusing on teenage parents had long-term positive influences on parent-child relationships [30]. Longitudinal studies could be conducted by carrying out interviews at different points during pregnancy or after the birth [28].

A number of authors stated that the level of evidence of an intervention's effectiveness was difficult to evaluate due to a lack of any description given of the intervention's design, content, implementation or results [43–45]. Understanding how and in what context interventions were carried out appears to be essential for the evaluative framework [28].

There are few elements that define the concept of preparing for parenthood [33].

The roles of advertising and information networks could be pertinent research topics, but they remain unexplored as yet [42].

There has been little development of the relational aspect in the research on social support [42, 50].

A systematic review of European studies conducted between 1999 and 2013 concluded that an evaluation of interventions must be carried out in a wider range of countries than just the United Kingdom. For example, France, Germany and Italy were not represented at all in the literature [32], thus creating an "Anglo-American bias" [28].

Consideration given to SIH in the reviews

To analyse the consideration given to SIH in efficacy analyses, each of the elements of the reviews (i.e. the

title, abstract, introduction, method, results and discussion) were broken down and analysed. The results of this analysis are summarised in Table 5.

A fragmented view of the SIH issue in the reviews studied

Only half of the reviews ($n = 10$) addressed the issue of SIH. For the most part, the notions of equity related to their results and conclusions [28, 33, 34, 50, 51]. A fifth ($n = 4$) clearly integrated SIH into their analysis strategy, according to the PRISMA-equity criteria [29, 32, 42, 49].

All of the reviews that tackled the SIH question presented their results and conclusions in relation to equity [21, 29, 32, 42, 44, 49]. Three of these clearly explained their results as supporting a reduction in inequalities [29, 32, 42], and one mentioned an increase in inequalities for some interventions [49]. A return to the original studies that were the subject of these reviews revealed that one programme, Sure Start, presented results that only seemed to benefit the most advantaged socioeconomic gradients [49].

In the studies that examined the link between children's environment and their health, there was no evidence-based for the socioeconomic characteristics used in the study protocols. However, there was "a general consensus that the combination of income, employment and education is the best way to measure household socioeconomic status" [29].

One review noted that none of the studies directly addressed housing quality as a daily living condition [32]. Very little attention was paid to childcare services in the studies (including only three referenced in Europe [32]).

Relational aspects and social links were also found to have received little research attention even though they increase the feeling of control and help prevent or reduce the risks of depression, stress and anxiety [50]. Research on social links must include a recognition of inequality because the quantity and quality of resources and how they are used can vary enormously depending on the socioeconomic class [50].

The vast majority of studies carried out dealt with at-risk populations, with little attention paid to universal services [28]. Only one review focused on community interventions [42]. Moreover, very few reviews (only three out of the 21 studies) were constructed with the aim of reducing SIH in childhood. Two of these focused on the perinatal period [32, 42], and the third looked at the period from childhood through to adolescence [49].

An analysis of the reviews revealed effective strategies for addressing SIH

- There was consensus on the need to support and guide parents during the perinatal period in tackling SIH [28, 32, 42, 49].

Table 5 Level of consideration given to social inequalities in health, summary adapted from PRISMA-equity

references	title	abstract	results from the analyses of equity in health	description corresponds to disadvantaged population	introduction description of hypotheses that show intervention can impact equity	methods study design linked to equity	results results and conclusions correspond to equity	discussion applicability to socioeconomic gradients and cultural plurality	implications for research, practice and policy corresponding to equity
Miller S, Maguire LK, Macdonald, Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. Cochrane systematic reviews. Dec 2011.	socially disadvantaged families	research focused specifically on socially disadvantaged families	it is described: no negative impact on the control group	no, not in the abstract	mention of social disadvantage	RCT "habitual residence" family vs socially disadvantaged family (i.e. living in poverty, lone parent, ethnic minority)	presentation of interventions by type of social disadvantage targeted. No description of results concerning the possible impact on reducing SH.	interventions targeted disadvantaged populations, stratified according to three categories (poverty, lone parenthood, ethnic minority)	yes, mention of the intervention's positive impact in helping "to eradicate inequalities"
Barlow J, Smailagic N, Hubbard N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. Cochrane systematic reviews. May 2014.	no	no	no	no	no	no	differentiation of fathers-mothers-parents results. No negative impact from the interventions.	father-mother distinction	no
Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Hubbard N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3.	targeted at teenage mothers	no, the research focused specifically on a priori disadvantaged population	no	the target population was considered a priori to be disadvantaged	mention of the population as often coming from very disadvantaged backgrounds, liable to suffer from a lack of social support	no	no	brief comment: "caution should therefore be exercised before the findings are generalised to other social and cultural contexts". Mention of the value of peer groups.	no
Barlow J, Bergman H, Kornør H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. Cochrane Database of Systematic Reviews August 2016.	no	no	no	no	the authors wrote: "parental psychosocial adversity and disruptions in the parent-child relationship are significant risk factors for infant emotional, behavioural, eating and sleeping disorders"	no	no	no	no
Bryanton J, Beck CT,	no	no	no	no	no	no	no	no	no

Table 5 Level of consideration given to social inequalities in health, summary adapted from PRISMA-equity (Continued)

references	title	abstract	introduction	methods	results	discussion	implications for research, practice and policy corresponding to equity
Montelpare W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 11.	notion of equity identified in the title	research question linked to equity in health	description of hypotheses that show intervention can impact equity	study design linked to equity	results and conclusions correspond to equity	applicability to socioeconomic gradients and cultural plurality	
Bennett C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4.	no	no	no	no	no	no	research perspectives proposing to focus on the impact of baby massage in groups of socially disadvantaged parents
Tittinen S, Homanen R, Lindfors P, Ruusuvaari J. Approaches used in investigating family support in transition to parenthood. Health Promot Int. 2014 Sep;29(3):518–27.	no	no	the authors wrote: "A bias towards the perspectives of risk groups [...] was detected"	improve available knowledge on the psychological and social factors that enhance family relations and protect children's development	no	studies carried out on "at risk" populations. Little attention given over to universal services	need to examine the interventions' mechanisms to understand which interventions are (in)effective and in what contexts
Lakshman R, Ogilvie, Ong KK, Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. Arch Dis Child. 2009 Aug;94(8).	no	no	no	no	no	no	no
Entsieh A, Hallström I. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation: a systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. Midwifery.	no	no	no	no	no	no	no

Table 5 Level of consideration given to social inequalities in health, summary adapted from PRISMA-equity (Continued)

references	title	abstract	introduction	methods	results	discussion	implications for research, practice and policy corresponding to equity
2016 Aug;39:1–11.	notion of equity identified in the title	research question linked to equity in health	description of hypotheses that show intervention can impact equity	study design linked to equity	results and conclusions correspond to equity	applicability to socioeconomic gradients and cultural plurality	
Welsh J, Strazdins L, Ford L, Friel S, O'Rourke K, Carbone S, Carlon L. Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. Health Promot Int. 2015 Sep;30 Suppl 2:ii36–76.	yes: "equity"	"equitably", "inequities", "social gradients", "proportionate universalism"	"life course trajectories of social and emotional prosperity, or social and emotional disadvantage", "interventions need to be 'matched' to [...] contexts", "social determinants shape [...] inequities", "interventions which are universal but proportionate [...] for addressing 'inequities'"	yes	yes	yes	yes, mention of the risk of increased inequalities with certain interventions
Panter-Brick C, Burgess A, Eggerman M, McAllister F, Pruett K, Leckman J, Practitioner Review: Engaging fathers – recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. J Child Psychol Psychiatry. 2014 Nov; 55(11): 1187–1212.	no	no	no	no	no	yes, mother-father parity	notion of equity to be developed
Poole MK, Seal DW, Taylor CA. A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention. Health Educ Res. 2014 Jun;29(3):388–432.	no	no	no	no	no	no	no

Table 5 Level of consideration given to social inequalities in health, summary adapted from PRISMA-equity (Continued)

references	title		abstract		introduction		methods		results		discussion		
	notion of equity identified in the title	research question linked to equity in health	results from the analyses of equity in health	description corresponds to disadvantaged population	description of hypotheses that show intervention can impact equity	study design linked to equity	results and conclusions correspond to equity	applicability to socioeconomic gradients and cultural plurality	implications for research, practice and policy corresponding to equity				
Mcdaid D, Park AL. Investing in mental health and well-being: findings from the Data-Prev project. Health Promot Int. 2011 Dec;26 Suppl 1:108–39.	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	to consider a number of levels of approach with some interventions targeted at the general population and some solely at high-risk groups	
Perry M, Becerra F, Kavanagh J, Serre A, Vargas E, Becerril V. Community-based interventions for improving maternal health and for reducing maternal health inequalities in high-income countries: a systematic map of research. Global Health. 2015 Jul 1;10:63.	yes: "maternal health inequalities"	"community-based interventions"	no	no	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	yes	
Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. BMC Public Health. 2014 Oct 6;14:1040.	yes: "to reduce social inequalities in children's health"	yes: "reduce inequalities in child health and development".	yes: "universally proportionate", "specific target population"	yes	yes	yes	yes	yes	yes	no	no	no	
Plotrowski CC, Talavera GA, Mayer JA. Healthy Steps: a systematic review of a preventive practice-based model of pediatric care. J Dev Behav Pediatr. 2009 Feb;30(1):91–103.	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	
													they should be carefully examined to determine if they under-represent known racial and ethnic disparities in the health of new mothers and their infants, thereby potentially biasing the reported outcomes
													"need to study the possibility of adapting the programmes according to different sociocultural groups"; "systematic evaluation of potential barriers to successful implementation involving all key stakeholders, including parents"

Table 5 Level of consideration given to social inequalities in health, summary adapted from PRISMA-equity (Continued)

references	title	abstract	introduction	methods	results	discussion	implications for research, practice and policy corresponding to equity
Van Vuuren C. L., Reijneveld S.A., Van der Wal M. F., Verhoeff A.P., Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics in child (0–18 years) health studies: A review. Health & Place, Vol 29, Sep, 2014 pp. 34–42.	notion of equity identified in the title	research question linked to equity in health	description of hypotheses that show intervention can impact equity	study design linked to equity	results and conclusions correspond to equity	applicability to socioeconomic gradients and cultural plurality	
Gilmer C., Buchan J. L., Letourneau N, Bennett C. T., Shanker S.G., Fenwick A., Smith-Chant B. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. International Journal of Nursing Studies, Vol 59, Jul, 2016 pp. 118–133.	"Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics"	yes	description corresponds to disadvantaged population	no, in terms of research methodology	yes	yes	further research is needed to understand the mechanisms that lead to differences in children's health in relation to the characteristics of neighbourhood deprivation
Geens N., Vandenbroeck M. The (ab)sense of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. Child & Family Social Work, 19, 491–500, 2014.	no	concentrates on target groups thus limiting a diversified approach	no	no, linked to diversity	in relation to diversity	emphasis on the variety of potential approaches to parenting support, with the "responsibility" not just lying solely with the parents but also shared between state, school and neighbourhood organisations	
Spliteri G., Xuereb R.B., Carrick-Sen D., Kaner E., Martin C.R. Preparation for parenthood: a concept analysis. Journal of Reproductive and Infant Psychology, Vol 32(2), Mar, 2014 pp. 148–165.	no	no	no, linked to diversity	in relation to diversity	in relation to diversity	parenting is unique to each individual, affected by cultural and societal expectations	no

Table 5 Level of consideration given to social inequalities in health, summary adapted from PRISMA-equity (Continued)

references	title		abstract		introduction		methods		results		discussion	
	notion of equity identified in the title	research question linked to equity in health	description corresponds to disadvantaged population	results from the analyses of equity in health	description of hypotheses that show intervention can impact equity	study design linked to equity	results and conclusions correspond to equity	applicability to socioeconomic gradients and cultural plurality	implications for research, practice and policy corresponding to equity			
Halford W, Kim Petch J. Couple Psychoeducation for New Parents: Observed and Potential Effects on Parenting. Clinical Child and Family Psychology Review, Vol 13(2), Jun, 2010 pp. 164–180.	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	an aid specifically for the poorest families that would lead to a reduction in their stress and hence an improvement in the couple's relationship and consequently their parenting skills

- Diversifying approaches shared between state, school and neighbourhood organisations leads to better effectiveness [50]. On the one hand, parenting does not just involve the parents [33, 45]; it also concerns their environment, including the professionals and organisations involved and their social contexts more generally. On the other, parenting is unique to each individual. It is affected by cultural and societal expectations as well as lifestyles [50].
- Proportionate universalism is a solution that was promoted by a number of reviews, most notably those of Morrison et al. (2014) and Welsh et al. (2015) [32, 49]. Michael Marmot (president of the WHO's Commission on Social Determinants of Health) explained the concept as follows: "To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism" [52]. Consequently, there is a need to explore the interventions' mechanisms to understand which interventions are (in)effective and in what contexts [21, 28, 45].

One review clearly addressed the importance of varying the interventions in accordance with neighbourhood organisations and services [50].

Morrison et al. (2014) showed that, in Europe, the most effective interventions (those with the best results and high levels of evidence) were the educational programmes that started at the beginning of pregnancy and included home visits from specialist personnel [32].

Discussion

To reiterate our main results, the reviews focused, for the most part, on the practices of the professionals. The programmes studied were mainly concerned with improving the mothers' knowledge and skills. All the reviews that described a proven or promising level of evidence showed that the parenting support programmes increased the mothers' self-esteem and reduced their anger, anxiety and stress levels and that they improved the infants' sleep.

Most authors concluded that the quality of the interventions could be improved by developing complementary research examining the interventions' content, implementation and results. These authors noted that the contexts in which the interventions took place were given little consideration since they were described either only scantily or not at all, making their evaluation difficult.

Only half of the reviews addressed the question of SIH. Most notably, the relational aspects and social links were found to have received little research attention even though they increase the feeling of control and help prevent or reduce the risks of depression, stress, anxiety and other mental illnesses.

Parenthood and perinatology: Semantic notions

Generally speaking, despite the fact the keywords "parent" and "parenting" were used, the population targeted by the reviews was mainly mothers. Issues relating to fathers or to the couple as a parental entity received little research attention. The methodological difficulty of understanding mother–father–child interactions was often mentioned by authors, although some did refer to the obvious impact of the interrelations of each family member [23, 28, 34, 46].

The notions of parenting and parenting support were found to have multiple meanings and were difficult to define because they depended on many elements. In fact, these notions had different frames of reference depending on the discipline, policy or social history in question [33, 50]. The *Collins English Dictionary* (online) defines "parenthood" as "the state of being a parent". The definition therefore refers as much to the father as to the mother.

The time immediately before and after a birth, that is from pregnancy to the first months of the child's life, has received little attention in the studies we have listed. Indeed, most of them focused either on the period preceding the birth or on the infant a few months old [31, 46].

SIH and perinatal health

SIH and vulnerable populations

While the actions, interventions and programmes providing support to parents were described as effective levers in addressing SIH, very few were designed with equity in health as their primary objective.

When authors did address SIH, their reviews mainly targeted population categories such as teenage parents and culturally or economically disadvantaged families. This strategy represents only one reductive vision of SIH and does not, in any way, take into account social gradients. The more socioeconomically disadvantaged an individual's situation is, the worse their health will be.

This can be observed across the whole social spectrum. Every level in the socioeconomic stratification of the population is affected by SIH [5, 6]. Only one review of all those studied demonstrated the pertinence and effectiveness of a strategy constructed on proportionate universalism [49, 53].

A small number of the reviews (those constructed with equity in health as a clear objective) made reference to an approach that goes beyond the notions of high- or low-risk categorisation according to individual living conditions. One of these examined the value of considering neighbourhood in terms of approximating the notion of socioeconomic deprivation [29].

SIH and norms

The fact that the majority of actions were carried out by professionals for the benefit of parents raises the implicit

question of a ranking of knowledge [32, 45, 51]. In this sense, traditional types of knowledge, such as group knowledge or that passed on from mother to daughter, tend to be devalued. It is interesting, nevertheless, to note that the notion of childcare emerged as a result of the drive for healthcare control, which was based on a medical discourse that was both injunctive and normative [54]. However, it seems that programmes and actions could be made more effective if they were constructed within a diagnostic approach that is shared between parents, professionals and institutions [28, 31, 34, 49].

The mobilisation of peer groups and the active participation of recipient populations were described as strategies that would increase the effectiveness of actions. The representations of the different stakeholders, whether in terms of their expectations or their needs, still appear to be negligible in programme development. The controversial results from the home-based programmes for socially disadvantaged families [36, 47] could be explained in part by these divergent viewpoints.

SIH and the social determinants of health

Take action early

This review of reviews has identified the most effective actions on health. Therapy groups and telephone support significantly improve parents' psychosocial health. Psychoeducation programmes that are begun before birth and which allow parents the opportunity to actively participate are the most effective [29, 41].

Act with the families

Facilitators or difficulties in setting up the actions were never described. This review of reviews has also revealed, in particular, an assumed lack of knowledge among parents and even a lack of analysis of the relational modalities between the professionals and the parents [21, 31, 35, 45, 48]. Collaboration involves the need for a common language between professionals from different disciplines, parents with multiple issues with different objectives. This review has shown, however, that studies focusing on the ability to listen and the quality of the professionals–mothers–parents–newborns relationship are under-represented [35, 44]. Highlighting and theorising these interrelations represents an approach to understanding how interventions function, which enables them to be made more effective [55–57].

Act in interaction with the context

The ability of each person to take action to improve their health depends much on the social context in which they live, think and work. Health promotion does not just concern health services but also the social determinants of health that make up this context [54–56].

Social determinants have been widely shown to have a strong influence on health [2, 5, 6, 53].

Proposing programmes and actions to tackle SIH therefore calls for a global, dynamic approach to its social determinants. An analysis of the relationships between the social, economic, cultural and environmental contexts in which these projects are rolled out would allow us to understand the functioning of these interventions.

Theorise to act

Almost all the reviews highlighted the lack of description given to the intervention development processes. A number of authors noted that the interventions were evaluated on their effectiveness but that insufficient information had been given about the interventions' settings or their populations [28, 34, 44]. This lack of contextual elements raises the question of the transferability of the programmes or actions described in the reviews analysed. For example, many programmes focused on parents' knowledge and skills but neglected to first define the specific needs of the populations targeted. It is therefore difficult to demonstrate their effectiveness and to envisage their adaptation to other contexts.

Limitations of this review

While many public health journals value publications from the human and social sciences, this synthesis of knowledge was carried out using only bibliographic health databases. As a result, it has undoubtedly overlooked certain elements within the sociological approaches.

The methodological choice to synthesise knowledge using articles from scientific journals precluded us from analysing public health policies or the social policies that these programmes and actions were interacting with.

It should be noted that the reviews we studied were written in English, which could have led to a possible selection bias. If this was the case, the bias remained limited since the majority of scientific publications are written in English.

Because the reviews focused on high-income countries, the results of this study cannot be extrapolated to low-income countries, where the situations may be different.

Conclusions

This focus on the current knowledge concerning action on social inequalities in perinatal health shows that the approach remains both modest and reductive. On the one hand, very few authors have considered the notion of equity in health, and, on the other, the vision of SIH remains limited. Parental programmes focused, for the most part, only on the mothers, and the actions tended to target the most disadvantaged populations, with no consideration of the social gradients of health.

This review shows that the majority of the publications came from English-speaking countries. Currently, to our knowledge, no study has been carried out in Europe on parenting support as a means of addressing SIH among mothers and their newborns.

Parenting support interventions are complex. Their effects are variable, and they result from multiple actions, with the different stakeholders interacting in and with a particular dynamic environment. In future research, the methodological challenge will be to understand how, for whom and in what conditions interventions function.

Abbreviations

AMSTAR: Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews; MeSH: Medical Subject Heading; PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; SIH: Social inequalities in health; WHO: World Health Organization

Acknowledgements

Clare Ferguson for the translation and Céline Aubert, documentalist at the Faculté de Médecine in Nancy.

Authors' contributions

AP, FA, LFH carried out the documentary research protocol for the selection. For the analysis, AP read all the manuscripts twice, FA validated and, in cases of uncertainty, LFH had the final say. AL and LFH reviewed the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Ethics approval and consent to participate

Not applicable.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Author details

¹Université de Lorraine, EA4360 APEMAC, Vandœuvre-lès-Nancy, France. ²Luxembourg Institute of Health, Department of Population Health, 1 A-B Rue Thomas Edison, Strassen 1445, Luxembourg. ³Société Française de Santé Publique, 1 rue de la forêt, Laxou 54520, France. ⁴CHU INSERM, Bordeaux Population Health Research Center, UMR 1219 CIC-EC 1401, Université de Bordeaux, Bordeaux, France.

Received: 30 December 2017 Accepted: 27 July 2018

Published online: 31 August 2018

References

1. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional Europe. Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities. Copenhagen. 2010:268.
2. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med*. 2015;128:316–26.
3. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and socioeconomic gradients in mortality. *Am J Public Health*. 2008;98(4):699–704.
4. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med*. 2006;62(7):1768–84.
5. Jakab Z, Marmot M. Social determinants of health in Europe. *Lancet*. 2012;379(9811):103–5.
6. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–104.
7. World Health Organization regional office for Europe. First WHO Conference on the New European Policy for Health. Health 2020. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/154253/Health-2020-Conf-Interim-second-report-on-social-determinants_.pdf?ua=1
8. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. In: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: CSDH; 2008.
9. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(10):778–83.
10. Vandecasteele L. Life course risks or cumulative disadvantage? The structuring effect of social stratification determinants and life course events on poverty transitions in Europe. *Eur Sociol Rev*. 2011;27(2):246–63.
11. Shanahan MJ. Pathways to adulthood in changing societies: variability and mechanisms in life course perspective. *Annu Rev Sociol*. 2000;26:667–92.
12. Guyer B, Ma S, Grason H, Frick KD, Perry DF, Sharkey A, et al. Early Childhood Health Promotion and Its Life Course Health Consequences. *Acad Pediatr*. 2009;9(3):142–9. e71
13. Shonkoff JP, Garner A, the committee on psychosocial aspects of child and family health, committee on early childhood, adoption, and dependent care, and section on developmental and behavioral pediatrics, Siegel BS, Dobbins ML, Earls MF, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232–46.
14. Feinberg AP, Fallin MD. Epigenetics at the crossroads of genes and the environment. *JAMA*. 2015;314(11):1129.
15. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*. 2009;12(3):342–8.
16. Weaver ICG, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci*. 2004;7(8):847–54.
17. Fumagalli F, Bedogni F, Perez J, Racagni G, Riva MA. Corticostriatal brain-derived neurotrophic factor dysregulation in adult rats following prenatal stress. *Eur J Neurosci*. 2004;20(5):1348–54.
18. Maccari S, Darnaudery M, Morley-Fletcher S, Zuena AR, Cinque C, Van Reeth O. Prenatal stress and long-term consequences: implications of glucocorticoid hormones. *Neurosci Biobehav Rev*. 2003;27(1–2):119–27.
19. Heijmans BT, Tobin EW, Stein AD, Putter H, Blauw GJ, Susser ES, et al. Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. *Proc Natl Acad Sci*. 2008;105(44):17046–9.
20. Vaiserman AM. Epigenetic programming by early-life stress: evidence from human populations. *Dev Dyn*. 2015;244(3):254–65.
21. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Syst Rev* 2014, Issue 5. Art. No.: CD002020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002020.pub4>.
22. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Syst Rev* 2007, Issue 3. Art. No.: CD002869. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002869.pub2>.
23. Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database of Syst Rev* 2013, Issue 11. Art. No.: CD004068. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004068.pub4>.
24. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535.
25. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. 2015;349(jan02 1):g7647.
26. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.
27. Burford BJ, Welch V, Waters E, Tugwell P, Moher D, O'Neill J, et al. Testing the PRISMA-equity 2012 reporting guideline: the perspectives of systematic review authors. *PLoS One*. 2013;8(10):e75122.
28. Tiitinen S, Homanen R, Lindfors P, Ruusuvoori J. Approaches used in investigating family support in transition to parenthood. *Health Promot Int*. 2014;29(3):518–27.
29. van Vuuren CL, Reijneveld SA, van der Wal MF, Verhoeff AP. Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics in child (0-18 years) health studies: a review. *Health Place*. 2014;29:34–42.

30. Barlow J, Smallagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *Cochrane Database of Syst Rev* 2011, Issue 3. Art. No.: CD002964. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002964.pub2>.
31. Entsieh AA, Hallström IK. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation—a systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery*. 2016;39:1–11.
32. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*. 2014;14:1040.
33. Spiteri G, Xuerab RB, Carrick-Sen D, Kaner E, Martin CR. Preparation for parenthood: a concept analysis. *J Reprod Infant Psychol*. 2014;32(2):148–65.
34. Panter-Brick C, Burgess A, Eggerman M, McAllister F, Pruett K, Leckman JF. Practitioner review: engaging fathers—recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(11):1187–212.
35. Lakshman R, Ogilvie D, Ong KK. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Arch Dis Child*. 2009;94(8):596–601.
36. Poole MK, Seal DW, Taylor CA. A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention. *Health Educ Res*. 2014;29(3):388–432.
37. Guillemont J, Clément J, Cogordan C, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes: synthèse de la littérature, Evidence-based and promising interventions to prevent alcohol use among youth: a literature review. *Santé Publique*. 2013;51(HS1):37–45.
38. Kersaudy-Rahib D, Clément J, Lamboy B, Lydié N. Interventions validées ou prometteuses en prévention des grossesses non prévues : synthèse de la littérature, Evidence-based and promising interventions to prevent unplanned pregnancies: a literature review. *Santé Publique*. 2013;51(HS1):25–35.
39. Lamboy B, Clément J, Saïas T, Guillemont J. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes. *Santé Publique*. 2012;23(HS):113–25.
40. Lamboy B, Clément J, Saïas T, Guillemont J. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes, Evidence-based interventions in youth mental health prevention and promotion. *Santé Publique*. 2011;23(HS):113–25.
41. Du Roscoät E, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes: synthèse de la littérature. *Santé Publique* 2013. (HS1), 47-56. <https://doi.org/10.3917/spub.130.0047>.
42. Perry M, Becerra F, Kavanagh J, Serre A, Vargas E, Becerril V. Community-based interventions for improving maternal health and for reducing maternal health inequalities in high-income countries: a systematic map of research. *Glob Health*. 2015;10:63.
43. Bennett C, Underdown A, Barlow J. Massage for promoting mental and physical health in typically developing infants under the age of six months. *Cochrane Database of Syst Rev* 2013, Issue 4. Art. No.: CD005038. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005038.pub3>.
44. Miller S, Maguire LK, Macdonald G. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. *Cochrane Database of Syst Rev* 2011, Issue 12. Art. No.: CD008131. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008131.pub2>.
45. Gilmer C, Buchan JL, Letourneau N, Bennett CT, Shanker SG, Fenwick A, et al. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: a realist review. *Int J Nurs Stud*. 2016;59:118–33.
46. Halford WK, Petch J. Couple psychoeducation for new parents: observed and potential effects on parenting. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2010;13(2):164–80.
47. Mcdaid D, Park A-L. Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promot Int*. 2011;26(Suppl 1):i108–39.
48. Barlow J, Bergman H, Kornor H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Syst Rev* 2016, Issue 8. Art. No.: CD003680. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003680.pub3>.
49. Welsh J, Strazdins L, Ford L, Friel S, O'Rourke K, Carbone S, et al. Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl 2):iii36–76.
50. Geens N, Vandenbroeck M. The (ab)sense of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. *CHILD Fam Soc WORK*. 2014;19(4):491–500.
51. Piotrowski CC, Talavera GA, Mayer JA. Healthy steps: a systematic review of a preventive practice-based model of pediatric care. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. 2009;30(1):91–103.
52. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives - The Marmot review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. Available from: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>.
53. Marmot M, Allen J, Goldblatt P. A social movement, based on evidence, to reduce inequalities in health. *Soc Sci Med*. 2010;71:1254–8.
54. de Parseval GD. L'art d'accueillir les bébés. Paris: Odile Jacob; 2001. p. 318.
55. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Dev Psychol*. 1986;22(6):723–42.
56. Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol*. 2009;43(3–4):267–76.
57. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2015;350:h1258.
58. Whiting P, Savović J, Higgins JPT, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol*. 2016;69:225–34.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Annexe II. Supporting parents to fight against social inequality in health : realist protocol Soumis pour publication

Supporting parents to fight against social inequality in health: realist evaluation protocol.
Article soumis pour publication.

Annabelle Pierron, Laurence Fond-Harmant, François Alla.

Abstract

Introduction

A recent synthesis of literature reviews revealed the limits of knowledge on equity in parenting support programs. This paper presents a protocol of a research that aims to evaluate the extent to which parenting support interventions and programs take social inequalities in health into account.

Methods and analysis

Conceptual framework and theoretical model

We used realist evaluation to identify the configurations between context, mechanisms, and outcomes using an iterative process of feedback between theoretical and empirical data.

Methodology

The realist evaluation began with a synthesis of literature reviews. It identified the mechanisms present in parenting support interventions that were described as effective in fighting against social inequalities in health.

Regarding these mechanisms, several hypotheses about the Context-Mechanism-Outcome configuration will be formulated based on empirical data collected in the field.

Our study took place in the Grand Duchy of Luxembourg and in France, towns that are particularly inequitable and vulnerable. We collected data from three sources: documentary reviews, focus groups and interviews, and questionnaires.

We used mixed methods for our analysis. The hypothesis formulated at the local scale will be compared with statements from stakeholders for validation, rejection, or clarification.

Ethics and dissemination

This research was approved by the National Research Ethics Committee of Luxembourg number 201801/03.

Discussion

This research will help improve knowledge about how social inequalities in health are taken into account in parenting support interventions and programs.

Strengths and limitations of this study

- To our knowledge, this study is the first in Europe to evaluate health promotion actions, programs, and interventions relating to parenting support with the objective of promoting perinatal health equity.
- This research offers a new illustration of the use of realist evaluation in the field of population health to evaluate complex interventions.

Keywords

Systems theory. Social determinants of health. Health equity. Parenting.

Acknowledgements

Sophie Dubois for the translation.

Conflict of interest statement

The authors declare they have no conflict of interests.

Funding details

The first author, PhD student, receives funding from the Doctoral School of the University of Lorraine, and from the doctoral network in public health coordinated by the Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, for the curriculum of this training and for this research.

Author contributions

AP, FA, LFH carried out the research protocol. AP wrote the first draft. FA and LFH reviewed the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Ethics and consent

Our research was approved by the National Research Ethics Committee of Luxembourg (CNER reference number 201801/03). The study is based on voluntary participation and anonymity, the consent to participate is verbal.

To theorize how interventions function, we use mixed methods to pull from expertise in several disciplines. The research team for this study include public health experts specialized in epidemiology, health sociology, and perinatal health. As for the use of qualitative methods, the steps to form the research team and the study design (theoretical framework, participant selection, data collection, analysis, and results) are carried out using COREQ reporting criteria.

Data collection is in progress. Qualitative data collection began in June 2019, quantitative data collection began in June 2018 and continues to date. The analysis of the data has not started.

Data available on request from the authors

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Context

A recent synthesis of literature reviews revealed the limits of knowledge on equity in parenting support programs. Specifically, parenting programs—most often targeting mothers and the most disadvantaged populations—do not usually address the social gradients of health.

Aim

This paper presents a protocol of a research that aims to evaluate the extent to which parenting support interventions and programs take social inequalities in health into account. Conceptual framework and theoretical model

This research used a systemic approach well-suited to the evaluation of complex interventions. We used realist evaluation to identify the configurations between context, mechanisms, and outcomes using an iterative process of feedback between theoretical and empirical data.

Methodology

The realist evaluation began with a synthesis of literature reviews. It identified the mechanisms present in parenting support interventions that were described as effective in fighting against social inequalities in health. These include proportionate universalism measures, the coordination of facilitators professionals, the consideration of daily difficulties constraints, and active parent participation.

Regarding these mechanisms, several hypotheses about the Context-Mechanism-Outcome configuration will be formulated based on empirical data collected in the field. Our study took place in two towns in France and Luxembourg that are particularly inequitable and vulnerable. We will collect data from three sources: documentary

reviews, focus groups and interviews, and questionnaires and use a mixed methods analysis.

Discussion

This research will help improve knowledge about how social inequalities in health are taken into account in parenting support interventions and programs.

INTRODUCTION

Social inequalities in health are significant and unfair differences between social groups or geographic areas. These differences are due to the conditions in which people are born, live, grow up, learn, work, play and age. To fight against these inequities, the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health recommends taking action as soon as life begins. In this context, parenting support is a major action lever (1).

Health promotion interventions, actions and programs relating to parenting support have been the subject of many publications showing their efficacy in improving parental and newborn health. We recently conducted a synthesis of literature reviews on effective parenting support interventions in the perinatal period. This review shows that these interventions are efficient and offer significant benefits (2-5). The most effective actions are those that began during pregnancy and in which parents actively participate (6). Our work also showed that the authors of the reviews do not usually consider social inequalities in health explicitly. Very few authors address the notion of health equity, and their vision of social inequalities in health remains limited. Parenting programs, most often offered only to mothers and especially the most disadvantaged, rarely take social gradients of health into account. Finally, literature reviews are generally not well

detailed on the implementation of interventions in their context and their processes and mechanisms. Moreover, the review showed that there is little data in European contexts (7,8).

It therefore seems essential to undertake field research at the local level to study how, for whom, and in which conditions these interventions take place .

OBJECTIVES

The specific objective to evaluate how parenting support interventions and programs take social inequalities in health into account.

We will conduct our study in two European border areas: Esch-sur-Alzette in the Grand Duchy of Luxembourg and Longwy in France.

CONCEPTUAL FRAMEWORK AND THEORETICAL MODEL

Complex interventions

Parenting behaviors are strongly dependent on the socio-cultural context and health and education policies. Parents are constantly evolving, gradually adapting as they interact with their newborn, their family and their professional environments. Parenthood is a unique experience for each person, affected by cultural and social expectations and lifestyles (9). Support offered to pregnant women, mothers, and parents during the first weeks of their child's life can take a variety of forms, whether for groups or individuals, and among target populations or more universally. Many different stakeholders are involved in this process: health professionals from various disciplines, such as obstetrics,

midwifery, pediatrics, general medicine, and psychology; and professionals from the social sector, education and community organizations (educators, social workers, etc.). These stakeholders interact with each other, with parents and with institutions. These interrelations can take multiple forms: from a single seminar to the development of networks, from multidisciplinary meetings to informal discussions. Because of this, and because parenting is not just the individual responsibility of parents (10,11), the way interventions function is not a linear process.

Parenting support interventions present the characteristics of complex interventions as defined by the Medical Research Council (MRC): “[complex interventions are those] comprising several interacting components, though the complexity of their implementation may add additional complexity, as does the number of organizational levels targeted” (12).

Evaluating health promotion interventions in the field of parenting support, particularly with the aim of reducing social inequalities in health, requires a systemic and dynamic approach to address their complexity (13,14) . As Graham F. Moore et al. claim, “complex systems perspective broadens the parameters of ‘relevant’ evidence and theory” (15). The MRC has developed a theoretical framework to evaluate complex interventions in order to understand how, for whom, and under what circumstances an intervention is effective or not. In this framework, the context interacts at all levels of the intervention: from the initial hypotheses to its implementation, its impact mechanisms and its outcomes. These interactions function as feedback loops: the intervention modifies the context, which itself modifies the intervention. This framework exists within a social dynamic that theorizing about the perpetual functioning of interventions

must take into account. Once theories about the dynamics of the system have been generated, hypotheses about action levers can be formulated (14).

Operational methodology: realist evaluation

In our research, evaluators are interested in the change mechanisms related to human reasoning, which are theoretically neither controllable nor linear (since they strongly depend on context), new methodological tools have been developed and are now in use: theory-driven evaluation, including realist evaluation (12,15,16).

Louise Potvin shows how modeling the functioning of complex interventions requires “understanding how a program and its context transform each other” (12). To do so, it is necessary to explore the “complexity” (17) of the actual context. Several methods can be used to determine the systems in place and how they interact. In the field of health promotion, a lot of current research uses mixed methods that are both qualitative and quantitative in order to describe the context, the mechanisms at work, and the outcomes that result from the interventions (12, 15, 18–21).

Understanding whether or not an intervention works is important but insufficient: Ray Pawson and Nick Tilley (22) developed a methodological approach called realist evaluation. Realist evaluation is a methodology adapted to understand and theorize “how complex interventions function and in which circumstances” (18). The idea is to investigate the stakeholders and populations involved where the interventions take place, in order to explain how they function. Generating theories about how interventions function involves offering hypotheses based on existing data, then comparing these

hypotheses to empirical data collected in the field (18, 23). Several entities are formed linking context to effects, explained by mechanisms, which Pawson and Tilley call “Context-Mechanism-Outcome configurations”. To improve understanding, the theory is further refined using an iterative process of revisiting the theories and then analyzing the empirical data (23).

New, readjusted hypotheses called middle-range hypotheses are then developed, which address the context that can explain how the intervention impacts change and vice versa. The theory is enriched by comparison to different contexts via this process of iteration in which several case studies are conducted. From intermediary theory to intermediary theory, regularities in the relationship between the context, mechanism, and effects of the intervention appear (22).

The key concepts of realistic evaluation used in this paragraph are defined in supplementary table 1 (24).

Table 1. Some key concepts of realistic evaluation, in reference to Valéry Ridde et al.

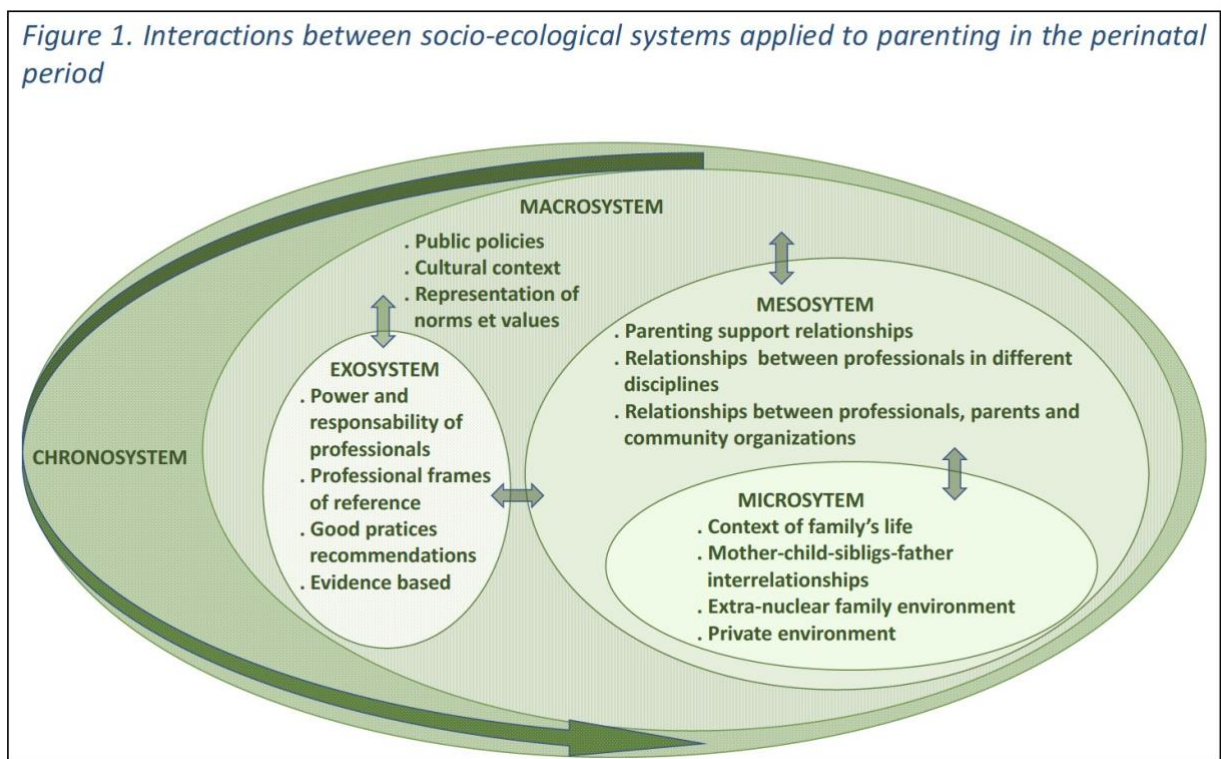
mechanism	the element of the actor's reasoning in response to an intervention. A mechanism: 1) is generally hidden; 2) is sensitive to variations in context; 3) produces effects
CMO configuration	a conceptual tool for linking the elements of the context, mechanisms and effects of an intervention
intermediary theory (mid-range theory)	level of theoretical abstraction that allows an explanation of the trends and regularities observed in the context-mechanism-effect interactions of an intervention set

Adapted to Astbury and Leeuw, 2010; Blaise, Marchal, Lefèvre and Kegels, 2010, Pawson and Tilley, 1997.

From systems model to intervention theory

i. The model

To clarify the hypotheses of causality, the MRC recommends describing the intervention in a logic model and using the systems approach as a key to understanding the complexity of the situations (12,15). We adapted the socio-ecological model from Bronfenbrenner's nested systems theory to our research question. We present our adapted model in Figure 1.



Bronfenbrenner (25) developed the idea that behavior is a function of interactions between people and their environment. He identified several environmental aspects that interact as nested systems that he called microsystemic, mesosystemic, exosystemic, and macrosystemic layers. Another dimension, called chronosystemic, refers to constant changes within all the layers. This is a temporal dimension that interacts with each system. For example, for the latter, pregnancy, the time at the maternity ward, the return

home, and the first months of life are all strongly impacted by the parents' past and previous living conditions and their relationships to the social and medical environment.

This systems model is particularly useful for evaluating health promotion interventions. Gaëtan Absil shows how Bronfenbrenner's nested systems model is "well-suited to modeling a determinants of health approach" (25–28). When individual behavior is viewed as resulting from multiple interactions between the individual and their surrounding and limiting environment, the health care system itself can be seen as an action lever for health promotion (1, 28).

This comprehensive vision of the systemic environments that determine the health of mothers and infants served as the foundation for the design of our field research.

ii. The theory of intervention

The logic model presents systemic elements but does not explain the mechanisms through which these elements interact with each other. Generating a theory of intervention therefore requires investigation, and field research allows us to validate the hypotheses we formulated using data from the literature, based on the authors' findings on effective ways to address social inequalities in health in the period around birth (8) . We chose realist evaluation as the methodology to do this (16).

METHODS AND ANALYSIS

Methods and analysis are in accordance with RAMESES II (Realist And Meta-narrative Evidence

Syntheses : Evolving Standards) reporting standards for realist evaluations (29).

Initial hypotheses

Our realist evaluation began with a synthesis of the hypotheses about how these interventions function based on data from literature reviews. The initial theoretical foundations of our research is (8):

A maternal health promotion program in the perinatal period that promotes parenting support will be effective in fighting against social inequalities in health if:

- It begins at the start of pregnancy and continues into the postnatal period (7, 30) -It diversifies the approaches, taking into account the organization of neighborhoods, cultural and social expectations, and lifestyles (9–11)

- It is organized according to proportionate universalism, which takes into consideration all socioeconomic layers of the population (7, 30, 31)

- It considers parenting broadly rather than being uniquely focused on maternal behavior (9–11)

- It is co-developed as part of a shared approach between professionals and institutions, based on the needs of families rather than professional standards (7, 11, 32, 33).

The recent literature review identified certain mechanisms present in parenting support interventions that were described as effective in the fight against social inequalities in health

(8):

- Proportionate universalism—Mechanism 1—refers to universal measures (destined for all parents) that are proportional to the needs and obstacles that certain

populations face (adapted to certain target groups). This mechanism presupposes recognition of the importance of not stigmatizing certain groups and diversifying modes of actions.

-The coordination of facilitators involved in parenting support—Mechanism 2—refers to practices that ensure continuity and complementarity in the support provided (in terms of a logical trajectory). This mechanism presupposes that professionals have an understanding of the institutions, measures, and modes of support provided in the area.

-The integration of the constraints of daily life—Mechanism 3—refers to the mechanism through which programs and practices for mothers and fathers are known to them, accessible, adapted to their needs, and consider extended family such as grandparents, brothers and sisters, and friends as a potential resource. This mechanism presupposes taking into account the living environment in terms of the material or organizational limitations parents face, particularly access to childcare options in their neighborhoods.

-Active parent participation—Mechanism 4—refers to the ability of parents to participate in the development of programs and interventions designed for them. This mechanism presupposes that professionals and politicians are aware of issues relating to health literacy and the concepts of empowerment and democracy in health. This mechanism also includes issues relating to urban planning and organization of the health map.

Regarding the initial mechanisms we chose, we will formulate several hypotheses about the

Context–Mechanism–Outcome configuration using empirical data collected in the field. Conducting a number of observations in the localities will allow us to uncover divergences in how the interventions function, or similarities called demi-regularities (23).

Population

The study will evaluate two border towns in Europe: Esch-sur-Alzette in the Grand Duchy of Luxembourg and Longwy in France. These two cities are selected because of their geographic proximity and the particularly vulnerable and inequitable conditions of the populations who live there. The advantage of Esch-sur-Alzette and Longwy is that they border each other yet face different social, political, and institutional realities (34-36).

Data collection

We will collect data from three sources: documents reviews, focus groups and interviews with professionals, and parent questionnaires. Diversifying our data sources means that the qualitative data allows for an explanatory approach that complements the quantitative data by taking socio-epidemiological data into account. The diversity of the data serves to limit the subjectivity associated with one method or another; multiple data sources are used to gather different data on Contexts, Mechanisms and Effects.

The data collection is in progress (since June 2018 for quantitative data and June 2019 for qualitative data) and will end at the end of 2019.

i.Body of documents

Documents such as the websites of community organizations or maternity wards and flyers for the general public will help us understand the purpose of the intervention as it is presented in the document: who offered what, how, for whom, in which circumstances, with what kinds of collaborations, and for what expected results—particularly in terms of reducing social inequalities in health.

We will use the REFLEX-ISS tool to conduct a systematic analysis of how social inequalities in health are addressed (13). REFLEX-ISS is a grid that was developed and tested by Valéry Ridde and Louise Potvin to “adjust and improve a planned or existing intervention at different stages of its life cycle.” For our documentary analysis, we created a grid that we adapted from REFLEXISS, taking several themes into account: planning, implementation, and empowerment. We will analyze concepts relating to evaluation and long-term viability whenever the documentary source made this possible. The grid is presented in Appendix I.

ii. Qualitative data

We will hold focus groups with professionals in the field. We drafted an interview guide and set up the focus groups based using COREQ (COnsolidated Criteria for REporting Qualitative Research) recommendations (37).

Healthcare and medical-social professionals working either independently or in hospitals, medical-social centers, or house visits will be included in this study on a voluntary basis. We will ask pediatricians, obstetricians, general practitioners, midwives, pediatric nurses, psychologists, social workers, and those working with community organizations involved in parenting support to share their thoughts with us.

Starting with levers that were viewed as effective in fighting against social inequalities in health, as described in the literature review (8), we will examine the practices through the words of professionals. We will ask them to react to our presentation of the results from the quantitative and documentary study. The focus groups will have a twofold objective. First, as part of group interviews with those working in the field, to understand their individual practices and whether they are involved in interdisciplinary and multidisciplinary collaborations. Secondly, to allow these same participants to understand their own ideas about social inequalities in health by informing them of the results from the documentary and quantitative analysis. We will also hold individual interviews with parents to validate, confirm, refine and guide our hypotheses. We plan to meet about thirty professionals and then about ten parents through individual and group interviews.

We will record our discussions during the focus groups and interviews. The verbatim reports will be transcribed and processed using the NVivo[®] software program. We will then analyze the content and carry out a multidisciplinary analysis of the overarching themes. We will make notes on our observations that will be incorporated into the analysis. The interview guide is available on request.

iii. Quantitative data

We will use two kinds of tools.

1. At the local level, we will consult published statistical data (INSEE, STATEC, DREES, government sites) to determine the demographic context, employment

conditions, and standard of living in both areas. Perinatal health data for these areas will come from public health databanks (ATIH, Europeristat, STATEC).

2. Parent questionnaires, translated into several languages, will allow us to determine whether they knew about measures and activities designed to help them, whether they had access to these interventions, whether they felt the need for them, and whether they were satisfied with them. The questionnaires will allow us to evaluate three components: the actions and measures in place, the personal support network, and the respondent's socioeconomic status.

We will place the questionnaires in maternity wards, medical-social centers and private medical offices. Hospital-based, independent, and public professionals distributed them, as did professionals doing home visits. The targets for the questionnaires are pregnant women or mothers and fathers of children under the age of one who worked with institutions or professionals in the field of parenting support. We exclude situations involving neonatal death or parents of children requiring medical treatment.

The parent questionnaires will also allow us to analyze whether the parenting support interventions met parents' needs and expectations, and whether they were satisfied with them. In order to determine how social inequalities were taken into account into existing programs, we will analyze this information according to the socioeconomic strata of the respondents.

We expect a return of about a hundred questionnaires on each site.

We will enter the data using Epidata[□]. We will use Epiinfo[□] for the statistical analysis.

Analysis

Our analysis will aim to generate hypotheses that explain how and why an intervention is supposed to have an effect (23). This involves observing diversity and similarities the Context– Mechanism-Outcome configurations with what happens in the field. Valéry

Ridde and Emilie

Robert describe how to develop these theories in an operational manner: “[n]either inductive

[empirical observations that pull out regularities that can lead to a theory] nor deductive [theoretical hypotheses that are tested against empirical observation]” (23). Rather, the idea is to constantly go back and forth between empirical observations and refined theories.

The Context–Mechanism-Outcome configurations will express as probable hypotheses about how the interventions work. The data used to develop these configurations will be then adapted to the mechanism being studied. The hypotheses will be presented to the parents and professionals to validate, reject, or clarify the research team’s proposals. The design will make use of mixed methods, such as embedded design in which qualitative and quantitative methods are used simultaneously (38, 39). Here the quantitative methods support the other approach. Each step of the realistic evaluation cycle is based on the configuration approach. Thus, from the development to the formulation and refinement of Context–Mechanism-Outcome theories, the process will be constantly based on the search for interacting elements: which actor, in which context, for which

effect. The figure 2 summarizes the interweaving of these approaches based on Marie-Renée Guével and Jeanine Pommier's models (38, 39).

Figure 2. Synthesis of the research design regarding parenting support interventions to fight against social inequalities in health



Data collection is in progress. Qualitative data collection began in June 2019, quantitative data collection began in June 2018. They are continuing to date.

Public involvement statement

Four parent partners were recruited to help build parent questionnaires in collaboration with a sociologist and a midwife.

Our analysis will generate hypotheses that will be presented to the parents and professionals to validate, reject, or clarify the research team's proposals.

Thus, the theory of intervention will be built in partnership with a team of parents, professionals, and researchers.

DISCUSSION

To our knowledge, this study is the first to evaluate health promotion actions, programs, and interventions relating to parenting support with the objective of promoting perinatal health equity in Europe. Our study of two bordering towns also adds an element of diversity that reflects local demographic and socioeconomic realities.

Our analysis of contextual elements in relation to the mechanisms at play allows us to develop a more holistic understanding. Socio-ecological modeling allows us to identify a number of complementary and consistent research avenues to promote health equity. Sharing the results with the various stakeholders helps ensure the relevance and validity of our analysis, as has already been done in other similar evaluation studies (18-21).

This research will help improve knowledge about how social inequalities in health are taken into account in parenting support interventions and programs. In very operational terms, this research should contribute to the formulation of recommendations for the geographic area under study and more generally.

From the perspective of nested systems theory and the methodological approach, this research uses new concepts that allow us to deconstruct parenting support interventions to better fight against social inequalities in health. Our research offers a new illustration of the use of realist evaluation in the field of public health to evaluate complex interventions in perinatal health.

ABBREVIATIONS

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

COREQ : CONSolidated criteria for REporting Qualitative research

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MRC : Medical Research Council

RAMESES: Realist And Meta-narrative Evidence Syntheses : Evolving

Standards STATEC : institut national de la STATistique et des études

Economiques

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors declare they have no conflict of interests.

REFERENCES

1. OMS | Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final. WHO.
2. Mcdaid D, Park A-L. Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promot Int.* 2011 Dec;26 Suppl 1:i108-139.
3. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2014.
4. Barlow J, Bergman H, Kornør H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 2016.
5. Halford WK, Petch J. Couple Psychoeducation for New Parents: Observed and Potential Effects on Parenting. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010 Jun 1.
6. Entsieh AA, Hallström IK. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation-A systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. *Midwifery.* 2016 Aug;39:1-11.

7. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*. 2014; 14:1040.
8. Pierron A, Fond-Harmant L, Laurent A, Alla F. Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews. *BMC Public Health*. 2018 Aug 31;18(1):1087.
9. Geens N, Vandebroek M. The (ab)sense of a concept of social support in parenting research: a social work perspective. *CHILD Fam Soc WORK*. 2014.
10. Spiteri G, Xuereb RB, Carrick-Sen D, Kaner E, Martin CR. Preparation for parenthood: a concept analysis. *J Reprod Infant Psychol*. 2014 Mar 15 [cited 2017 May 8];32(2):148–65.
11. Gilmer C, Buchan JL, Letourneau N, Bennett CT, Shanker SG, Fenwick A, et al. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *Int J Nurs Stud*. 2016 Jul;59:118–33.
12. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2015 Mar 19.
13. Potvin L, Moquet M-J, M.Jones C, et al. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES. 2010. 379 p. (Dossiers Santé en action).
14. Potvin L, Bilodeau A, Gendron S. Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. *Promot Educ [Internet]*. 2008 Mar 1.
- 15 Moore GF, Evans RE, Hawkins J, Littlecott H, Melendez-Torres GJ, Bonell C, et al. From complex social interventions to interventions in complex social systems: Future directions and unresolved questions for intervention development and evaluation. *Evaluation*. 2019 Jan 1 16. Cambon L, Terral P, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. *BMC Public Health [Internet]*. 2019 Mar 25 [cited 2019 Mar 31];19(1):339.
17. Morin E. Introduction à la pensée complexe. *Points*; 2014. 160 p.
18. Blaise P, Kegels G. A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models. *Int J Health Plann Manage*. 2004 Dec;19(4):337– 64.
19. Marchal B, Dedzo M, Kegels G. A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2010 Dec ;10(1). 20. Ridde V, Turcotte-Tremblay A-M, Souares A, Lohmann J, Zombré D, Koulidiati JL, et al. Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso. *Implement Sci*. 2014 Oct 12 ;9(1):149.
21. Vareilles G, Marchal B, Kane S, Petrič T, Pictet G, Pommier J. Understanding the motivation and performance of community health volunteers involved in the delivery of health programmes in Kampala, Uganda: a realist evaluation. *BMJ Open*. 2015 Nov 2;5(11):e008614.
22. Pawson R, Tilley N. Realist evaluation. In SAGE Publications, Inc; 1997.
23. Robert É, Ridde V. L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : De la théorie à la pratique. *Mesures et évaluation en éducation*. 2013;36(3):79–108.

24. Ridde V, Robert É, Guichard A, Blaise P, Van Olmen, Josefien. L'approche réaliste à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Can J Program Eval.* 2012;26(3):37–59.
25. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory (1992). In: Bronfenbrenner U, editor. *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2005. p. 106–73.
26. Absil G, Vandoorne C, Demarteau M. Bronfenbrenner, écologie du développement humain. *Réflexion et action pour la promotion de la santé.* 2012.
27. Bronfenbrenner U. Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Dev Psychol.* 1986;22(6):723–42.
28. Absil G, Vandoorne C, Fond-Harmant L. L'écriture de nous, autobiographie collective contre les fictions sociales de stigmatisation. In: *Récits et fictions dans la société contemporaine.* 2011. p. 151–73. (Logiques sociales. sous la direction de Christiana Constantopoulou).
29. Wong G, Westhorp G, Manzano A, Greenhalgh J, Jagosh J, Greenhalgh T. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC Med.* 2016 Jun 24.
30. Tiitinen S, Homanen R, Lindfors P, Ruusuvauro J. Approaches used in investigating family support in transition to parenthood. *Health Promot Int.* 2014 Sep;29(3):518–27.
31. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet.* 2012 Sep :1011–29.
32. Welsh J, Strazdins L, Ford L, Friel S, O'Rourke K, Carbone S, et al. Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. *Health Promot Int.* 2015 Sep;30 Suppl 2:ii36-76.
33. Piotrowski CC, Talavera GA, Mayer JA. Healthy Steps: a systematic review of a preventive practice-based model of pediatric care. *J Dev Behav Pediatr JDBP.* 2009 Feb;30(1):91–103.
34. Chauvel L. Inégalités sociales et dynamique des classes moyennes. Conférence présentée at; 2014 Apr 14; University of Luxembourg.
35. Langers J. Inégalités au Luxembourg : notions et chiffres indispensables. Des inégalités sociales persistantes qui en disent long sur la société luxembourgeoise. *Quest Soc.* 2010 May;25–8.
36. Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-économiques, International Networks for Studies in Technology Environment Alternatives Development. *La cohésion territoriale au Luxembourg : quels enjeux?* 2013 p. 74. (unité de recherche GEODE).
37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 1 dec 2007.
38. Guével M-R, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Mixed methods research in public health: issues and illustration.* Santé Publique. 12 apr 2012.
39. Pommier J, Guével M-R, Jourdan D. Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health.* 28 jan 2010;

Appendix I

Framework for interpreting the documentary material based on the REFLEX-ISS tool

Areas	Elements for documentary analysis
Type of document	Website, flyer. Location. Method of provision (posted advertisement, document given out, through a third party) adapted to the fight against SIH. Target subgroups.
Planning	Type of target subgroups, social determinants of health targeted by the intervention. Sources of information referenced. Framing the project objectives in terms of an action plan to address social determinants of health. Expressing commitment to involving target subgroups and stakeholders.
Implementation	Type of intervention. Work methods to encourage the participation of target subgroups and stakeholders. Defining roles, tasks, and responsibilities. Sharing leadership. Supporting the acquisition of knowledge and competencies. Adapting to the literacy level of the target subgroups.
Evaluation*	Integration and participation in the evaluation. Long-term evaluation and undesirable outcomes.
Sustainability*	Activities to ensure intervention results are sustainable. Putting in place human, organizational, and financial resources to support the intervention in the longterm.
Empowerment	Activities aimed at developing self-esteem, critical awareness, competencies, and participation of target subgroups and stakeholders.

(*) Where the document allowed us to analyze this

Annexe III. Questionnaires enquête auprès des parents



Enquête pour mieux accompagner les mères, les pères et les nouveau-nés

Présentation du questionnaire

Ce questionnaire s'inscrit dans une démarche de recherche en santé publique. Avec ce questionnaire, il s'agit de comprendre les différentes possibilités qui vous sont offertes pour vous accompagner lors de votre grossesse, lors de la grossesse de votre conjointe, et pendant les premiers mois avec un nouveau-né.

Pour répondre à ce questionnaire, vous aurez besoin de 15 à 20 minutes.

Guide de remplissage

Le questionnaire est anonyme. Il comprend des thèmes et questions prédéfinis, mais il vise également à s'adapter à chaque cas :

La première partie permet de définir vos conditions familiales, professionnelles, économiques.

La seconde partie aborde la question des modalités d'accompagnement qui sont proposées aux parents.

Le questionnaire peut être rempli directement sur ce papier ou dans le cadre d'un entretien téléphonique avec l'équipe de recherche. Pour fixer un rendez-vous, vous pouvez nous contacter : annabelle.pierron@univ-lorraine.fr

Analyse du questionnaire

L'analyse des questionnaires sera réalisée par l'équipe de recherche, dans le respect des règles de confidentialité. Chacune des réponses sera codée via le logiciel Epidata®, puis une analyse de contenu sera réalisée via le logiciel NVivo®. Les résultats de cette enquête feront l'objet de communication publique et participeront à l'élaboration d'une publication dans une revue scientifique à comité de lecture.

Vous pouvez poster le questionnaire grâce à l'enveloppe jointe. Vous pouvez aussi le déposer ici-même.

Nous vous remercions pour votre participation.

Évoquons votre contexte de vie

Q1. Quel est votre sexe ?

Femme

Homme

Q2a. Attendez-vous, ou votre conjointe attend-elle un enfant ?

Oui. Vous ou votre conjointe est enceinte de combien de mois ?

Non, votre bébé est déjà né. Quel âge à votre bébé ?.....

Q2b. Vous attendez des jumeaux ou vous venez d'avoir des jumeaux ?

Oui

Non

Q3. Quel âge avez-

vous ?.....

Q4. Combien avez-vous d'enfants ?

Q5. Quel âge ont-ils ?

Premier enfant :

Second enfant :

Troisième enfant :

Quatrième enfant :

Cinquième enfant :

Q6. Vivez-vous avec votre conjoint, votre conjointe ?

Oui

Non. *Vous pouvez directement continuer Q19a.*

Q7. Quel âge a votre conjoint,

conjointe ?.....

Q8. Combien d'enfants avez-vous ensemble avec votre conjoint, conjointe ?

.....

Aucun

Q9. Vous ou votre conjoint, conjointe, avez-vous eu des enfants d'un précédent couple ?

Non

Oui, votre conjoint

Oui, vous

Oui, vous deux

Q10. Considérez-vous que votre conjoint, conjointe s'intéresse à votre vie personnelle ou professionnelle ?

Oui, il, elle s'y intéresse
Non, il, elle ne s'y intéresse pas

Q11. Dans votre foyer, comment se répartit le partage des tâches domestiques ?

Vous réalisez la totalité
Vous réalisez nettement plus de la moitié
Vous réalisez à peu près la moitié
Vous réalisez nettement moins de la moitié

Q12. Pour les tâches domestiques, vous êtes aidé(e) par :

Votre conjoint, conjointe
Par une tierce personne, pouvez-vous préciser :.....
Vous n'êtes pas aidé(e)

Q13. Pour la garde de votre (vos) enfants, vous êtes (serez) aidé(e) par :

La crèche ou la garderie
Votre famille
Une assistante maternelle, une « nourrice »
Autre, précisez :
Vous n'êtes pas aidé(e)

Q14. Diriez-vous que dans votre couple vous êtes autonome pour l'éducation de vos, votre enfant(s), par exemple concernant la prise de décision, le quotidien de vos, votre enfant(s) ?

Oui, tout à fait
Oui, assez
Non, pas vraiment
Non, pas du tout

Q15. Diriez que dans votre couple vous êtes solidaires concernant les soins (qui seront) apportés à votre (vos) enfant(s) (changes, sommeil, alimentation) ?

Oui, tout à fait
Oui, assez
Non, pas vraiment
Non, pas du tout

Q16. Selon vous lors de la période qui suit le congé maternité, qu'est-ce qui est le mieux ?

Que la mère s'arrête de travailler pour s'en occuper
Que le père s'arrête de travailler pour s'en occuper
Que l'un des deux parents, indifféremment, s'arrête de travailler pour s'en occuper
Il n'est pas indispensable aux parents de s'arrêter de travailler

Q17. Votre conjoint et vous, avez-vous la même vision des choses concernant les soins apportés à votre (vos) enfant(s), ou concernant l'éducation de votre (vos) enfants ?

Oui, exactement
Oui, à peu près

Non, il y a de petites différences entre nous.

Lesquelles :

Non, il y a de grandes différences entre nous.

Lesquelles :

Q18. Si Non : pensez-vous que ces différences soient relatives à l'éducation que vous avez reçue dans votre enfance?



Q19a. Exercez-vous actuellement une activité professionnelle

Oui

Non. *Vous pouvez continuer Q21.*

Q19b. En tant que parent ou futur parent, avez-vous déjà envisagé de réduire votre activité professionnelle ?

Oui et vous avez réduit votre activité professionnelle

Oui et vous ne l'avez pas réduite

Non

Vous n'exercez pas d'activité professionnelle

Q19c. Etes-vous frontalier ?

Oui

Non

Q20. Êtes-vous actuellement en congé parental, ou pensez-vous prendre un congé parental ?

Oui. Pendant combien de temps ?

Non

Q21. Votre conjoint, conjointe est-il (elle) actuellement en congé parental ou pense-t-il (elle) prendre en congé parental ?

Oui

Non

Vous n'avez pas de conjoint

Q22. Etes-vous satisfait du temps que vous pouvez consacrer à votre (vos) enfants ?

Veillez entourer la réponse qui vous correspond le plus :



Q23. Etes-vous satisfait du temps que vous pouvez consacrer à votre couple ?



Q24. Etes-vous satisfait du temps que vous pouvez consacrer à vos autres proches (amis, parents, voisins...) ?



Q25. Lors de votre grossesse (ou la grossesse de votre conjointe) avez-vous (a-t-elle) été hospitalisée ?

Oui. Préciser le nombre d'hospitalisations d'une durée supérieure à une nuit :

Non

Q26. Lors de votre dernière grossesse (ou de votre grossesse actuelle), combien de temps avez-vous été en congé maladie ?

Nombre de semaines :

Q27. Avez-vous (ou votre conjointe a-t-elle) allaité votre dernier enfant ou projetez-vous (projette-t-elle) de l'allaiter ?

Oui. Pourriez-vous expliquer pourquoi :

Non. Pourriez-vous expliquer pourquoi :

Pour les femmes et si vous avez déjà accouché, veuillez continuer Q28.

Future maman, papa : vous pouvez continuer Q38.

Concernant l'accouchement

Q28a. Où avez-vous accouché pour votre dernier enfant ?

A la maternité d'Esch-sur-Alzette

A la maternité de Mont-Saint-Martin

Dans une autre maternité au Luxembourg. Laquelle.....

Dans une autre maternité en France. Laquelle.....

A domicile

Q28b. Comment s'est déroulé votre dernier accouchement ?

Vous avez été déclenchée Oui Non

Vous avez accouché par voie naturelle Oui Non

Vous avez accouché à terme Oui Non

Pouvez-vous préciser quel terme :

Q29. Quel était le poids de votre dernier enfant à la naissance ?

Q30. Votre dernier enfant a-t-il été hospitalisé ?

Oui Non . Pouvez-vous préciser :

Q31. Votre (vos) enfant(s) est-il (sont-ils tous) en bonne santé ?

Oui Non . Pouvez-vous préciser ?.....

Q32. Combien de jours avez-vous passé à la maternité suite à votre accouchement ?

.....

Q33. Etes-vous satisfaite de votre séjour à la maternité en termes de durée ?

Veuillez entourer la réponse qui vous correspond le plus :



Q34. Etes-vous satisfaite de votre séjour à la maternité en termes de disponibilité des professionnels ?



Q35. Etes-vous satisfaite de votre séjour à la maternité en termes de conseils et information délivrés ?



Q36. Avez-vous été satisfaite de votre séjour en maternité en termes d'adaptation à vos demandes ?



Q37. Etes-vous satisfaite de votre séjour à la maternité en termes de nombre de visites de vos proches ?



D'un point de vue matériel

Q38. Vos moyens financiers permettent-ils de répondre à vos besoins (votre santé et la santé de votre (vos) enfant(s), garde d'enfant, transports...) ?

- Totalement
- En majorité
- En minorité
- Pas du tout

Q39. Vous arrive-t-il de renoncer à certaines dépenses par manque de moyens financiers ?

- Oui, y compris pour des dépenses essentielles (nourriture, santé, logement)
- Oui, mais uniquement pour des dépenses facultatives (loisirs par exemple)
- Non

Q40. La taille de votre logement vous paraît-elle adaptée à vos besoins ? Veuillez entourer la réponse qui vous correspond le plus :



Q41. L'équipement (par exemple mobilier, électroménager, chauffage) et l'aménagement de votre logement vous paraît-il adapté à vos besoins :



Concernant votre entourage

Q42. Généralement, auprès de qui trouvez-vous du soutien ? plusieurs réponses possibles

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---|
| Votre conjoint | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Un(e) de vos collègues | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Un(e) ami(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Un autre membre de votre famille | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non. Pouvez-vous préciser :..... |
| Un(e) voisin(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Une autre personne | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non. Pouvez-vous préciser :..... |

Q43. Avez-vous déjà ressenti le besoin de vous adresser à un(e) professionnel(le) pour être rassuré(e)?

- Oui, et j'en ai sollicité un(e). Pouvez-vous préciser
- Oui, mais je n'en ai finalement pas sollicité
- Non

Si oui, pouvez-vous préciser ce problème qui vous a amené à vous adresser à un professionnel :.....

Q44. Concernant la grossesse, vers quel type de professionnel(le) vous dirigez-vous (vous êtes-vous dirigé(e) lorsque vous avez (aviez) un doute, une question, une incertitude ?

- Un(e) professionnel(le) de santé **de la PMI** (médecin, sage-femme, puéricultrice) pouvez-vous préciser :.....
- Un(e) professionnel(le) de santé **en consultation de ville ou à l'hôpital**, pouvez-vous préciser :
- Un(e) professionnel(le) de l'éducation, pouvez-vous préciser :
- Un(e) professionnel(le) du secteur social, pouvez-vous préciser :
- Un(e) professionnel(le) exerçant au sein d'une association, pouvez-vous préciser :.....
- Un(e) autre professionnel(le), pouvez-vous préciser :

Q45. Concernant l'accouchement, vers quel type de professionnel(le) vous dirigez-vous lorsque vous avez (eu) un doute, une question, une incertitude ?

- Un(e) professionnel(le) de santé **de la PMI** (médecin, sage-femme, puéricultrice) pouvez-vous préciser :.....
- Un(e) professionnel(le) de santé **en consultation de ville ou à l'hôpital**, pouvez-vous préciser :
- Un(e) professionnel(le) de l'éducation, pouvez-vous préciser :

Un(e) professionnel(le) du secteur social, pouvez-vous préciser :

.....

Un(e) professionnel(le) exerçant au sein d'une association, pouvez-vous préciser :

Un(e) autre professionnel(le), pouvez-vous préciser :

.....

Q46. Concernant les soins à apporter à votre (vos) enfant(s), vers quel type de professionnel(le) vous dirigez-vous lorsque vous avez (eu) un doute, une question, une incertitude ?

Un(e) professionnel(le) de santé **de la PMI** (médecin, sage-femme, puéricultrice) pouvez-vous préciser :

Un(e) professionnel(le) de santé **en consultation de ville ou à l'hôpital**, pouvez-vous préciser :

Un(e) professionnel(le) de l'éducation, pouvez-vous préciser :

.....

Un(e) professionnel(le) du secteur social, pouvez-vous préciser :

.....

Un(e) professionnel(le) exerçant au sein d'une association, pouvez-vous préciser :

Un(e) autre professionnel(le), pouvez-vous préciser :

.....

Q47. Concernant le comportement de votre (vos) enfant(s), vers quel type de professionnel(le) vous dirigez-vous lorsque vous avez (eu) un doute, une question, une incertitude ?

Un(e) professionnel(le) de santé **de la PMI** (médecin, sage-femme, puéricultrice) pouvez-vous préciser :

Un(e) professionnel(le) de santé **en consultation de ville ou à l'hôpital**, pouvez-vous préciser :

Un(e) professionnel(le) de l'éducation, pouvez-vous préciser :

.....

Un(e) professionnel(le) du secteur social, pouvez-vous préciser :

.....

Un(e) professionnel(le) exerçant au sein d'une association, pouvez-vous préciser :

Un(e) autre professionnel(le), pouvez-vous préciser :

.....

Q48a. De votre point de vue, les consultations de suivi de grossesse vous ont-elles rassurées ? Veuillez entourer la réponse qui vous correspond le plus :



Q48b. De votre point de vue, les consultations de suivi pédiatrique vous ont-elles rassurées ?



Q49. En cas de grave problème (urgent ou pas), considérez-vous que vous soyez suffisamment entouré(e) pour faire face à la situation ?



Q50. Actuellement, à quel point êtes-vous inquiet(e) à propos des sujets suivants ?

Q50a. La grossesse :

- Très inquiet Un peu inquiet Pas du tout inquiet

Q50b. L'accouchement :

- Très inquiet Un peu inquiet Pas du tout inquiet

Q50c. Votre plus jeune enfant :

- Très inquiet Un peu inquiet Pas du tout inquiet

Q50d. Vos plus grands enfants :

- Très inquiet Un peu inquiet Pas du tout inquiet

Pouvez-vous préciser :

Q50e. Votre vie de couple :

- Très inquiet Un peu inquiet Pas du tout inquiet

Q50f. Votre travail :

- Très inquiet Un peu inquiet Pas du tout inquiet

Q50g. Votre santé :

- Très inquiet Un peu inquiet Pas du tout inquiet

Q50h. Vous avez d'autres inquiétudes :

Pouvez-vous préciser

Concernant les informations à disposition des parents

Q51. Durant la grossesse, avez-vous (eu) le sentiment d'être suffisamment informé(e) sur le déroulement de la grossesse ?

- Oui, suffisamment
 Oui, mais insuffisamment
 Non

Q52. Durant la grossesse, avez-vous (eu) le sentiment d'être suffisamment informé(e) sur le déroulement de l'accouchement ?

- Oui, suffisamment
- Oui, mais insuffisamment
- Non

Q53. Durant la grossesse, avez-vous (eu) le sentiment d'être suffisamment informé(e) sur le comportement d'un nouveau-né ?

- Oui, suffisamment
- Oui, mais insuffisamment
- Non

Q54. Durant la grossesse, avez-vous (eu) le sentiment d'être suffisamment informé(e) sur les professionnels qui peuvent vous renseigner, vous rassurer ?

- Oui, suffisamment
- Oui, mais insuffisamment
- Non

Q55. Durant la grossesse, avez-vous eu le sentiment d'être suffisamment informé(e) sur les associations qui accompagnent les parents de nouveau-né ?

- Oui, suffisamment
- Oui, mais insuffisamment
- Non

Q56. La dernière fois que vous avez eu besoin d'information concernant la grossesse, l'accouchement ou le quotidien avec un nouveau-né, vers quelle source vous êtes-vous tournée en premier ?

Un livre ou un magazine

Internet

La télévision ou la radio

Un professionnel. Lequel :

Un proche. Lequel :

Concernant les professionnels qui accompagnent les parents

Q57. Avez-vous, près de chez-vous, un lieu d'accueil ou d'aide pour les familles, pour les parents ?

Oui

Non

Vous ne savez pas

Q58. Avez-vous déjà entendu parler de lieu d'accueil parents-enfants ?

Par exemple en France : centre d'éveil de la petite enfance de Mont-st-Martin, LAPE de la mairie de Longwy, ludothèque de Longwy, centre de PMI Protection maternelle et Infantile à Longwy

Par exemple au Luxembourg : la maison des parents Elternhaus à Esch-sur-Alzette, le café des parents à Esch-sur-Alzette, Initiativ Liewensufank à Itzig, service baby-plus à Dudelange, Leche League Esch-sur-Alzette)

Oui. Comment en avez-vous été informé(e) ?.....
Non

Q59. Avez-vous eu recours aux services des lieux d'accueil parent-enfants ?

Oui, à plusieurs reprises
Oui, une seule fois
Non, jamais

Si oui, pour quel motif ?

Q60. Avez-vous déjà entendu parler de séances de « préparation à la naissance » ?

Par exemple : à la maternité du CHEM, à la maternité de Mont-saint-Martin, à la maternité de Briey, avec une sage-femme libérale, avec un psychologue, avec un professionnel pratiquant l'haptonomie, le yoga...)

Oui Comment en avez-vous été informé(e) ?

Non. Vous pouvez continuer question Q70

Q61. Avez-vous participé à ces séances ?

Oui, à plusieurs reprises
Oui, une seule fois
Non, jamais. Vous pouvez continuer question Q70.

Si oui, pour quel motif ?

Q62. Avez-vous été satisfait(e) de la durée des séances de « préparation à la naissance » ?
Veuillez entourer la réponse qui vous correspond le plus :

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q63. Avez-vous été satisfait(e) des horaires ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q64. Avez-vous été satisfait(e) du lieu où se déroulait ces séances ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q65. Avez-vous été satisfait(e) de l'intervenant qui animait ces séances ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q66. Avez-vous été satisfait(e) du contenu de ces séances ?



Q67. Avez-vous été satisfait(e) de la langue utilisée par l'intervenant ?



Q68. Ces séances étaient-elles adaptées à vos besoins ?



Q69. Diriez-vous que ces séances vous ont aidé(e)?



Q70. Avez-vous déjà entendu parler de consultations ou groupes de parole en lien avec l'allaitement ou la parentalité?

Oui. Comment en avez-vous été informé(e) ?

Non. *Vous pouvez continuer question Q80*

Q71. Avez-vous participé à ces consultations ou groupe de parole ?

Oui, à plusieurs reprises

Oui, une seule fois

Non, jamais. *Vous pouvez continuer Q80*

Si oui, pour quel motif ?

Q72. Avez-vous été satisfait(e) de la durée des consultations ou groupe de parole en lien avec l'allaitement ou la parentalité ? *Veillez entourer la réponse qui vous correspond le plus :*



Q73. Avez-vous été satisfait(e) des horaires ?



Q74. Avez-vous été satisfait(e) du lieu ?



Q75. Avez-vous été satisfait(e) de l'intervenant ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q76. Avez-vous été satisfait(e) du contenu ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q77. Avez-vous été satisfait(e) de la langue utilisée par l'intervenant ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q78. Ces consultations ou groupe de parole étaient-ils adaptés à vos besoins ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q79. Ces consultations ou groupes de parole vous ont-ils aidé(e)?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q80. Avez-vous déjà entendu parler de visite à domicile pour les parents ?

Par exemple : visite d'une sage-femme, puéricultrice, professionnel libéral ou de la Protection Maternelle et Infantile.

Oui. Comment en avez-vous été informé(e) ?

Non. *Vous pouvez continuer question Q90*

Q81. Avez-vous eu recours à ces visites à domicile ?

Oui, à plusieurs reprises

Oui, une seule fois

Non, jamais. *Vous pouvez continuer Q90*

Si oui, pour quel motif ?

Q82. Avez-vous été satisfait(e) de la durée de ces visites à domicile ?

Veillez entourer la réponse qui vous correspond le plus :

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q83. Avez-vous été satisfait(e) des horaires de ces visites à domicile ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q84. Avez-vous été satisfait(e) du nombre de visites ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q85. Avez-vous été satisfait(e) de l'intervenant ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q86. Avez-vous été satisfait(e) des questions abordées lors de ces visites (par exemple conseils, informations) ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q87. Avez-vous été satisfait(e) de la langue utilisée par l'intervenant ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q88. Ces visites à domicile étaient-elles adaptées à vos besoins ?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Q89. Diriez-vous que ces visites à domicile vous ont aidé(e)?

oui, tout à fait oui, assez non, pas vraiment non, pas du tout

Finissons par votre portrait

Q90. Dans quelle ville habitez-vous ?

Q91. Où est né votre dernier enfant / dans quelle ville est-il prévu que vous (ou votre conjointe) accouchiez (accouchera) ?

A la maternité d'Esch-sur-Alzette

A la maternité de Mont-Saint-Martin

Dans une autre maternité au Luxembourg. Laquelle.....

Dans une autre maternité en France. Laquelle.....

A domicile

Q92. Quelle est votre nationalité

?.....

Q93. Quelle est votre situation matrimoniale avec votre conjoint ?

Vous êtes en concubinage

Vous êtes pacsés : en quelle année :

Vous êtes mariés : en quelle année :

Vous n'avez pas de conjoint

Q94. A quel âge, avez-vous fini vos études ?

Q95. Quel est votre diplôme le plus élevé ?

Pas de diplôme

Brevet, BEP, CAP, formation professionnelle ou technique (inférieure au baccalauréat)

Baccalauréat

Formation technique supérieure type BTS, DUT, BAC +2, BAC+3, bachelor

Formation universitaire, formation d'ingénieur, master, Bac +5 et plus

Q96. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

Vous travaillez

Combien d'heures par semaine travaillez-vous ?

vous n'avez pas d'activité professionnelle rémunérée

vous êtes à la recherche d'un emploi

Q97. Quelle est précisément votre situation professionnelle actuelle ?

Vous avez un contrat à durée indéterminée ou êtes fonctionnaire

Vous avez un contrat à durée déterminée

Vous êtes indépendant, à votre compte

Vous avez un autre type d'emploi

Q98. Quelle est la catégorie socioprofessionnelle la plus proche de la vôtre ?

Ouvrier

Employé

Cadre moyen, technicien, instituteur, infirmière...

Cadre supérieur, ingénieur, professeur

Autre :

Q99. Percevez-vous des prestations sociales (allocations familiales, aide sociale au logement...)

Oui , quel en est le montant mensuel :

Non

Q100. Comment sont répartis vos revenus personnels ?

Vos revenus sont principalement issus de votre activité professionnelle

Vos revenus sont principalement issus d'aides (provenant de mes proches ou d'aides sociales)

Autre :

Vous n'avez pas de revenus personnels

Q101. Quel est le montant mensuel de votre revenu net personnel ?

Inférieur à 999 euros

1000 à 1999 euros

2000 à 2999 euros

3000 à 3999 euros

4000 à 4999 euros

5000 à 5999 euros

supérieur à 6000 euros

Q102. Quel est le montant mensuel du revenu net global de votre foyer ?

Inférieur à 999 euros
1000 à 1999 euros
2000 à 2999 euros
3000 à 3999 euros
4000 à 4999 euros
5000 à 5999 euros
Supérieur à 6000 euros

Concernant votre conjoint, votre conjointe *si vous vivez seul(e)*, continuez Q108

Q103. A quel âge, a-t-il, a t-elle fini ses études ?

Q104. Quel est son diplôme le plus élevé ?

Pas de diplôme
Brevet, BEP, CAP, formation professionnelle ou technique (inférieure au baccalauréat)
Baccalauréat
Formation technique supérieure type BTS,DUT, BAC +2, BAC+3, bachelor
Formation universitaire, formation d'ingénieur, master, Bac +5 et plus
Vous ne savez pas

Q105. Quelle est la situation professionnelle actuelle de votre conjoint, votre conjointe?

Elle, il travaille.**Combien d'heures par semaine travaille-il, travaille t-elle?.....**
Elle, il n'a pas d'activité professionnelle rémunérée
Elle, il est à la recherche d'un emploi

Q106. Quelle est précisément son type de contrat de travail ?

Elle, il a un contrat à durée indéterminée ou êtes fonctionnaire
Elle, il a un contrat à durée déterminée
Elle, il est indépendant, à son compte
Elle, il a un autre type d'emploi

Q107. Quelle est la catégorie socioprofessionnelle la plus proche de celle de votre conjoint, conjointe?

Ouvrier
Employé
Cadre moyen, technicien, instituteur, infirmière...
Cadre supérieur, ingénieur, professeur
Autre :

Même si votre père, mère est décédé(e), au chômage, ou retraité(e), essayez de répondre

Q108. Quel est le diplôme le plus élevé de votre père ?

Pas de diplôme
Brevet, BEP, CAP, formation professionnelle ou technique (inférieure au baccalauréat)
Baccalauréat
Formation technique supérieure type BTS,DUT, BAC +2, BAC+3, bachelor
Formation universitaire, formation d'ingénieur, master, Bac +5 et plus

Vous ne savez pas

Q109. Quel est le diplôme le plus élevé de votre mère ?

Pas de diplôme

Brevet, BEP, CAP, formation professionnelle ou technique (inférieure au baccalauréat)

Baccalauréat

Formation technique supérieure type BTS, DUT, BAC +2, BAC+3, bachelor

Formation universitaire, formation d'ingénieur, master, Bac +5 et plus

Vous ne savez pas

Q110. Dans quel lieu ce questionnaire a-t-il été mis à votre disposition?

Dans un cabinet privé. *Veillez entourer la réponse :*

pédiatre. gynécologue. médecin généraliste. sage-femme. psychologue. kinésithérapeute

Au sein d'une association

A la PMI

Après de l'assistant(e) social(e)

A la maternité

Dans un autre lieu :

Nous vous remercions d'avoir complété ce questionnaire.

Parentalité et promotion de la santé des mères et nouveau-nés

Évaluation au regard des inégalités sociales de santé

Guide d'entretien qualitatif à destination des professionnels des secteurs médico-psycho-sociaux et associatifs

Note explicative:

Ce guide liste les thèmes à aborder dans l'entretien et une série de questions à adapter : au contexte (structure : association, hôpital, cabinet libéral), et au profil de l'acteur interrogé (bénévolat associatif, exercice libéral ou activité hospitalière).

Il sera enrichi suite à l'analyse des points de vue des parents et à la première phase d'étude documentaire.

L'objectif est de recueillir de manière approfondie le vécu de chaque acteur. C'est la comparaison des discours des différents acteurs, des auto-questionnaires à destination des parents et des données documentaires, qui permettra de modéliser le processus d'élaboration et de mise en œuvre dans une perspective évaluative.

Présentation de l'étude

Cette étude – menée par l'université de Lorraine – vise à comprendre comment ont été élaborés les projets d'interventions relatives à l'accompagnement à la parentalité et comment ils ont été mis en œuvre. Nous nous intéressons à différentes structures (hôpital, associations) et différents acteurs (professionnels de santé et du secteur psycho-social) impliqués pour croiser les points de vue et les pratiques.

Les questions que je vais vous poser portent donc sur votre expérience personnelle, sur votre vision des choses, et plus particulièrement sur les obstacles mais aussi les leviers que l'on pourrait envisager. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seule votre expérience m'intéresse ici.

Je prendrai des notes durant l'entretien et, si vous en êtes d'accord, j'enregistrerai notre discussion. Cet enregistrement ne sera écouté que par moi afin de compléter mes notes et il sera détruit à la fin de l'étude. Il restera donc anonyme et confidentiel. Vos réponses figureront de manière anonyme dans le rapport final de cette étude.

L'entretien devrait durer environ une heure.

Présentation des interviewés

1. Pourriez-vous me présenter vos fonctions actuelles et votre parcours professionnel ?
Depuis quand exercez-vous dans cette structure ?
2. Comment définiriez-vous votre fonction par rapport à l'accompagnement des parents ?

Elaboration et mise en œuvre des interventions/actions/séances auprès des parents

3. Avez-vous des connaissances générales sur les moyens actuellement en place pour soutenir, accompagner les parents pendant la période de la grossesse jusqu'aux premiers mois de l'enfant (notamment jusqu'à la fin du congé de maternité) ?

4. Considérez-vous que votre institution/association/structure s'implique dans l'accompagnement des parents, particulièrement durant la période qui entoure la naissance ?
5. Pourriez-vous me présenter les interventions/actions/séances et les objectifs/thématiques ?
6. Avez-vous déjà participé à des réunions pluridisciplinaires en lien avec l'accompagnement à la parentalité ?

Partenariats et coordination

7. Avec quels acteurs ou institution êtes-vous en relation dans le cadre de ces séances/actions/interventions en lien avec l'accompagnement à la parentalité?
8. Avez-vous connaissance d'une coordination de projets relatifs à l'accompagnement à la parentalité?

Vos pratiques

9. Quelles sont vos pratiques concernant l'accompagnement des parents ? comment faites vous ?
10. Quels seraient les points à améliorer ? de quelle manière ?

Annexe V. Valorisation scientifique

Articles dans des revues à comité de lecture

Pierron A, Fond-Harmant L, Laurent A, Alla F. Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews. BMC Public Health. 2018 Aug 31;18(1):1087.

Pierron A, Fond-Harmant L, Alla F. Supporting parents to fight against social inequality in health: realist evaluation protocol. Soumis pour publication.

Communications orales nationales

Annabelle Pierron. *Revue de la littérature*. Séminaire « Accompagnement à la parentalité et inégalités sociales de santé » organisé par la Société Française de Santé Publique, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, de Santé Publique France, de la Mutualité Française, de l'Institut National du Cancer et de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales. (2018, janvier). Direction Générale de la Santé, Paris.

Actes du séminaire p.12-15. En ligne :

https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/SFS-P-Rapport-ISS2-web.pdf

Annabelle Pierron. *Accompagner la parentalité pour lutter contre les inégalités sociales de santé : que révèle la revue de littérature ?* (2019, mars). Communication présentée au Séminaire Inter Disciplinaire « Les inégalités sociales de santé au prisme du genre », organisé par le Réseau Doctoral de l'EHESP. EHESP, Paris.

Annabelle Pierron. *Accompagner la parentalité et inégalités sociales de santé : revue de littérature et pistes d'évaluation réaliste*. (2019, mai). Colloque interdisciplinaire international « Bébé, petite enfance en contextes », sous l'égide de l'Université Fédérale de Toulouse Midi-Pyrénées. Quai des Savoirs, Toulouse.

Résumé de vulgarisation

Introduction

Il a été démontré que le début de la vie est le moment clé dans la genèse des inégalités sociales de santé : le soutien à la parentalité constitue l'un des leviers majeurs pour limiter voire réduire ces inégalités.

Cette thèse a pour objectif d'élaborer un cadre conceptuel établissant les conditions de réussite des interventions, politiques et organisations d'accompagnement à la parentalité visant à limiter les inégalités sociales de santé pour la mère et l'enfant dans la période périnatale.

Méthodes

Pour répondre à cet objectif, il a été réalisé d'une part une revue des revues de la littérature. D'autre part une étude de cas réalisée au Luxembourg et en Lorraine.

Résultats

La synthèse des revues révèle explicitement les limites des connaissances actuelles sur l'équité en santé dans le domaine du soutien parental. Les programmes d'éducation parentale, le plus souvent offerts uniquement aux mères et surtout aux plus défavorisées, tiennent rarement compte des gradients sociaux de santé. En outre, les publications proviennent principalement de cultures anglo-saxonnes ; il existe peu de données sur le sujet dans le contexte des politiques européennes. L'étude de cas, a permis de détailler en profondeur les leviers interventionnels, les contextes et les éléments de mécanismes du point de vue des différentes parties prenantes. La synthèse a permis de proposer une théorie de moyenne portée explicitant que les mécanismes d'universalisme proportionné, de coordination des acteurs, de considération des besoins parentaux sont efficaces en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé lorsque les leviers d'actions sont macrosociaux.

Conclusion

A partir de deux méthodes d'investigation complémentaires, ce travail a permis de construire une théorie qui constitue des pistes pour la recherche et l'action.

Introduction Il a été démontré que le début de la vie est le moment clé dans la genèse des inégalités sociales de santé : le soutien à la parentalité constitue l'un des leviers majeurs pour limiter voire réduire ces inégalités. Cette thèse a pour objectif d'élaborer un cadre conceptuel établissant les conditions de réussite des interventions, politiques et organisations d'accompagnement à la parentalité visant à limiter les inégalités sociales de santé pour la mère et l'enfant dans la période périnatale.

Méthodes La recherche comportait deux volets, une revue systématique et une évaluation réaliste.
- La revue systématique : il s'agissait d'une revue de revue sélectionnant des revues de littérature publiées entre 2009 et 2016 en langue anglaise ou française. Ont été retenues 21 revues répondant aux critères AMSTAR. Elles ont été analysées au regard de leur prise en considération des inégalités sociales de santé, selon PRISMA-equity.
- L'évaluation réaliste : la démarche comportait trois étapes 1) l'élaboration d'une première théorie à partir des résultats de la revue. 2) étude de cas multiple. Deux cas ont été investigués : les territoires frontaliers de l'industrie sidérurgique de Longwy en Lorraine et Esch-sur-Alzette au Luxembourg. Ils ont été sélectionnés pour leur proximité géographique et le caractère particulièrement vulnérable et inégalitaire des populations qui y résident. Les données recueillies émanaient de plusieurs sources, comprenant un corpus documentaire, des questionnaires et des entretiens. L'analyse portait sur la prise en considération des inégalités sociales de santé dans les pratiques. 3) synthèse explicitant le fonctionnement des interventions à partir des mécanismes en jeu dans leur contexte réel.

Résultats La synthèse des revues révèle explicitement les limites des connaissances actuelles sur l'équité en santé dans le domaine du soutien parental. Les programmes d'éducation parentale, le plus souvent offerts uniquement aux mères et surtout aux plus défavorisées, tiennent rarement compte des gradients sociaux de santé. En outre, les publications proviennent principalement de cultures anglo-saxonnes ; il existe peu de données sur le sujet dans le contexte des politiques européennes. L'étude de cas, a permis de détailler en profondeur les leviers interventionnels, les contextes et les éléments de mécanismes du point de vue des différentes parties prenantes. La synthèse a permis de proposer une théorie de moyenne portée explicitant que les mécanismes d'universalisme proportionné, de coordination des acteurs, de considération des besoins parentaux sont efficaces en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé lorsque les leviers d'actions sont macrosociaux.

Conclusion A partir de deux méthodes d'investigation complémentaires, ce travail a permis de construire une théorie qui constitue des pistes pour la recherche et l'action.

Mots clés Promotion de la santé. Inégalités sociales de santé. Périnatalité. Évaluation réaliste.

Introduction It has been shown that the beginning of life is the key period in the genesis of social inequalities in health: support for parenthood is one of the major levers for limiting or even reducing these inequalities. The objective of this dissertation is to develop a conceptual framework establishing the conditions for the success of interventions, policies and organizations to support parenthood in order to limit social inequalities in health for mothers and children in the perinatal period.

Methods The research has two components: a systematic literature review and a realistic evaluation.
-Systematic review: this was a systematic review of reviews published between 2009 and 2016 in English or French. 21 reviews meeting the AMSTAR criteria were selected. They were analysed with regard to their consideration of social inequalities in health, according to PRISMA-equity.
- Realistic evaluation: The process consisted of three steps: 1) development of a first theory based on the results of the review. 2) multiple case study. Two cases were investigated: the border territories of the steel industry of Longwy in Lorraine and Esch-sur-Alzette in Luxembourg. They were selected for their geographical proximity and the particularly vulnerable and unequal nature of the populations living there. The data collected came from several sources, including a documentary corpus, questionnaires and interviews. The analysis focused on the consideration of social inequalities in health in practices. 3) a synthesis explaining how interventions work based on the mechanisms at play in their real context.

Results The synthesis of the reviews clearly revealed the limitations of current knowledge on health equity in the area of parental support. Parenting education programs, most often offered only to mothers and especially to the most disadvantaged, rarely take into account social gradients in health. In addition, the publications come mainly from Anglo-Saxon cultures; there is little data on the subject in the context of European policies. The case study made it possible to provide in-depth details of the intervention levers, contexts and elements of mechanisms from the point of view of the various stakeholders. The synthesis made it possible to propose a medium-level theory explaining that the mechanisms of proportionate universalism, coordination of actors and consideration of parental needs are effective in fighting social inequalities in health when the levers for action are macro-social.

Conclusion Based on two complementary methods of investigation, this work has made it possible to build a theory that constitutes avenues for research and action.

Key words Health promotion. Social inequalities of health. Perinatology. Realist evaluation.

